



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

# **ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

«Ανασχεδιασμός υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Παρουσίαση των ευκαιριών και εμποδίων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα την περίοδο της κρίσης. Προτάσεις αναδιοργάνωσης»

Όνομα Φοιτητή: ΑΡΣΕΝΗ ΧΑΡΙΣ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΕΛΕΝΗ

[Οκτώβριος, 2018]

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Τίτλος:** «Ανασχεδιασμός υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Παρουσίαση των ευκαιριών και εμποδίων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα την περίοδο της κρίσης. Προτάσεις αναδιοργάνωσης»

Όνομα φοιτητή: ΑΡΣΕΝΗ ΧΑΡΙΣ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΕΛΕΝΗ

Οκτώβριος, 2018

## Περίληψη

Η οικονομική κρίση που επικρατεί στην Ελλάδα και οι συνεχείς προσπάθειες για την αποφυγή της χρεοκοπίας και της εξόδου της χώρας από την Ε.Ε. έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή οικονομικής πολιτικής λιτότητας. Μεταξύ των τομέων που έχουν υποστεί τεράστιες μειώσεις στο κομμάτι του εκσυγχρονισμού και των επενδύσεων είναι η υγεία, με συνέπεια τα τελευταία χρόνια να έχει μειωθεί σε υψηλό βαθμό η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ολοένα και αυξανόμενη ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενή, η αύξηση των προσδοκιών για τις υπηρεσίες υγείας, η διεκδίκηση των δικαιωμάτων του από το σύστημα υγείας, προσδιορίζουν πλέον τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας ως τον καλύτερο εκτιμητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βάσει αυτού, βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι εκτός από τη χρήση δευτερογενών πηγών για τον εντοπισμό των προβλημάτων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, ο προσδιορισμός του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα από πρωτογενή έρευνα, ενώ ο κύριος στόχος είναι η ανάδειξη των περιοχών/ πεδίων, όπου υπάρχει ανάγκη ανασχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας και να τονισθεί ότι ακόμη και σε περίοδο οικονομικής κρίσης, η σωστή οργάνωση λειτουργιών και διαδικασιών, η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και η σωστή διαχείριση και αξιοποίηση των κοινοτικών κονδυλίων, π.χ. του Προγράμματος για την υγεία ΕΣΠΑ 2014-2020, μπορεί να επιφέρει αλλαγές που θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα αυτή περιελάμβανε μια ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας με σκοπό τη συλλογή δεδομένων από δευτερογενής πηγές. Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί μια πρωτογενή έρευνα, με σκοπό την άντληση στοιχείων απευθείας από Έλληνες ασφαλισμένους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις υπηρεσίες υγείας. Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, δίδεται έμφαση στην αναγκαιότητα των παρεμβάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν για τον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα και διατυπώνονται προτάσεις για την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

**Λέξεις –κλειδιά:** Υγεία, υπηρεσίες υγείας, δείκτες υγείας, συστήματα υγείας, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, οικονομική κρίση, ανασχεδιασμός, μεταρρυθμίσεις

## Summary

The economic crisis in Greece and the continuous efforts to avoid bankruptcy and the country's exit from the EU, has as result an economic austerity policy. Among the sectors that have undergone enormous reductions in modernization and investment are health, with the result that the quality of healthcare services has been greatly reduced in recent years. The growing empowerment of the patient, the increase in expectations for health services, the claim of his rights by the health system, now identify the user of health services as the best quality service provider. Based on this, the main purpose of the present research is, apart from the use of secondary sources to identify the problems of the health system in Greece, the determination of the level of quality of health services through primary research, while the main objective is to highlight the areas where there is a need to redesign health services and to emphasize that even in a period of economic crisis the proper organization of functions and procedures, the use of modern technology and the right management and respectability against Community funds (the Health Community Program 2014-2020), can bring about changes that will contribute to the upgrading of the offered health services. This study included a literature review in the Greek and international literature. This was followed by a primary research to collect data directly from Greek insured persons about the problems they face in the health services. Based on the results of the survey, emphasis was given on the need for interventions to redesign health services in the period of the country's economic crisis and on proposals for upgrading the health services offered.

**Key words:** Health, health services, health indicators, health systems, quality of health services, economic crisis, redesign, reforms.

## **Ευχαριστίες**

*Στον σύζυγό μου και στα παιδιά μου για την αμέριστη συμπαράσταση στη δύσκολη προσπάθειά μου.*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή .....	8
Κεφάλαιο 1 - Βιβλιογραφική Επισκόπηση .....	11
1.1 Η έννοια της Υγείας .....	11
1.2 Οι βασικοί δείκτες Υγείας.....	13
1.3 Η κρατική παρέμβαση στον τομέα της υγείας .....	13
1.3.1 Τα κύρια είδη κρατικής παρέμβασης και οι συνέπειες εφαρμογής τους .....	16
1.4 Συστήματα Υγείας .....	24
1.5 Δημόσια Υγεία.....	28
1.5.1 Προσέγγιση του περιεχομένου της Δημόσιας Υγείας.....	29
1.6 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	32
Κεφάλαιο 2 -Η Υγεία στην Ελλάδα .....	36
2.1 Το εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα .....	36
2.2 Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα .....	39
2.3 Αδυναμίες του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα-Στρεβλώσεις στην παροχή υγείας .....	41
2.4 Βασικές προκλήσεις της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα σε περίοδο ποικονομικής κρίσης.....	50
2.5 Ανάλυση SWOT (Ευκαιρίες και εμπόδια στο Σύστημα Υγείας) .....	54
Κεφάλαιο 3 - Έρευνα .....	62
3. Σκοπός έρευνας .....	62
3.1 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα .....	62
3.2 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας .....	62
Κεφάλαιο 4- Μεθοδολογία .....	64
4.1 Σκοπός -Στόχοι .....	64

4.2 Σχεδιασμός .....	64
4.3 Πληθυσμός -Δείγμα .....	64
4.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων .....	65
4.5 Διαδικασία .....	66
4.6 Ανάλυση .....	67
Κεφάλαιο 5 -Αποτελέσματα .....	68
Κεφάλαιο 6 -Συμπεράσματα & Προτάσεις .....	72
6.1 Συμπεράσματα έρευνας .....	72
6.2 Προτάσεις .....	76
Επίλογος .....	78
Βιβλιογραφία .....	80
Ηλεκτρονικές πηγές .....	83
Παράρτημα .....	88

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί από τα σημαντικότερα στοιχεία στη ζωή ενός ατόμου και είναι υψηλή η συμβολή της στην πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Η υγεία αν και είναι πολύτιμο αγαθό, ταυτόχρονα αποτελεί μοχλό για την ανάπτυξη μίας χώρας. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, η άνοδος του επιπέδου υγείας του πληθυσμού έχει ευεργετική επίδραση στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας (Stenberg, *et al*, 2014). Χαρακτηριστικά, οι υγιείς και ενεργητικοί άνθρωποι, είναι παραγωγικοί, στοιχείο θετικό για την παραγωγικότητα και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας μιας χώρας, αφού προσφέρεται η δυνατότητα πλήρους αξιοποίησης του υγειούς ανθρώπινου δυναμικού, ενώ οι δαπάνες για την υγεία, αποτελούν επένδυση για ένα κράτος (Σωτηριάδου *κ συν.*, 2012).

Η σχέση μεταξύ κράτους και αγοράς είναι κύριο θέμα συζήτησης σε πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο, ενώ ο βαθμός έντασης της σχέσης διαφέρει σε κάθε χρονική περίοδο λόγω των μεταβολών που συντελούνται στο μακρο-περιβάλλον βάσει της περιόδου αναφοράς και πιο ειδικότερα οι μεταβολές αφορούν πολιτικούς, κοινωνικούς, τεχνολογικούς, οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες του μακρο-περιβάλλοντος. Εστιάζοντας στον χώρο της υγείας, παρατηρείται ότι η κρατική παρέμβαση είναι εκτεταμένη, καθώς υπάρχει εμπλοκή του κράτους στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση, τη διάθεση αγαθών αλλά και στον έλεγχο των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας (Rice, 2006). Μάλιστα ο ρόλος του κράτους καθίσταται ολοένα και πιο σημαντικός στην υγεία, καθώς ο κύριος σκοπός είναι η προστασία της υγείας των πολιτών και η διασφάλιση πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν απαιτείται, μέσω δημόσιας, αλλά και ιδιωτικής ασφάλισης (Χλέτσος, 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ευθύνη για την υγεία των πολιτών των χωρών, ανήκει στις εκάστοτε κυβερνήσεις και πιο συγκεκριμένα μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παροχής των κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και γενικότερα των κατάλληλων κοινωνικών μέτρων (WHO, 2002).



Η οικονομική κρίση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει επιφέρει επιπτώσεις όχι μόνο στην οικονομία των χωρών, αλλά έχει σοβαρό αντίκτυπο και άλλους τομείς της κοινωνίας όπως την υγεία, την παιδεία, κ.ά. Στην Ελλάδα, σε επίπεδο υγείας, η οικονομική κρίση που επικρατεί από το 2008, έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, καθώς οι συνεχείς περικοπές και οι τελευταίες αναδιαρθρώσεις των ασφαλιστικών φορέων, έχουν ως αρνητική συνέπεια την υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα εργασία σκοπός της έρευνας είναι να γίνει παρουσίαση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται μέσω του Δημόσιου Συστήματος στην Ελλάδα, να δοθεί έμφαση στις μεταβολές που έχουν πραγματοποιηθεί στο σύστημα υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και να αναδειχτεί η σπουδαιότητα σημαντικών παρεμβάσεων με στόχο τον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, τονίζοντας ότι ακόμη και σε δυσμενείς οικονομικές συνθήκες είναι δυνατόν μέσα από συντονισμένη προσπάθεια να υπάρξουν αλλαγές, ώστε να αναβαθμιστούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και να αυξηθεί η προσφερόμενη αξία προς τους ασφαλισμένους.

Συγκεκριμένα, η εργασία αυτή σκοπεύει να εξετάσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας και να μελετήσει τυχόν αδυναμίες του συστήματος υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα, με σκοπό την παρουσίαση προτάσεων αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάδειξη μεταρρυθμίσεων που μπορεί να ληφθούν, προκειμένου να τροποποιηθεί το επίπεδο ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών ακόμη και στη δύσκολη οικονομική περίοδο που επικρατεί.

Ειδικότερα στο πρώτο μέρος της μελέτης γίνεται μια αναφορά στις βασικές πτυχές εννοιών όπως της Υγείας, παρουσιάζονται οι βασικοί δείκτες της υγείας και γίνεται μια αναφορά στην παρέμβαση του κράτους στην υγεία, στα συστήματα υγείας και στις έννοιες της Δημόσιας Υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο δεύτερο μέρος, μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας, τα προβλήματα και γενικότερα τις στρεβλώσεις στην παροχή υγείας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας

από το 2008 έως σήμερα της έρευνας. Ακόμη, μέσω ανάλυσης SWOT γίνεται μία λεπτομερή αναφορά στα δυνατά και αδύνατα σημεία του συστήματος υγείας και των ευκαιριών που μπορούν να αξιοποιηθούν για την πραγματοποίηση ανασχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζονται επίσης οι κίνδυνοι που μπορούν να δημιουργήσουν περαιτέρω προβλήματα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Για αυτό το λόγο πρέπει να εξετασθούν και να ληφθούν σοβαρά υπόψη στη διαμόρφωση νέας στρατηγικής για την υγεία.

Στο τρίτος μέρος, με τη χρήση πρωτογενούς έρευνας θα εντοπισθούν τα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι Έλληνες ασφαλισμένοι εν μέσω οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται για την εξυπηρέτηση και την επίτευξη του κύριου σκοπού της μελέτης είναι τα εξής:

- (α) Προσδιορισμός του αριθμού των ασφαλισμένων που επιλέγουν να διαθέτουν και ιδιωτική ασφάλιση
- (β) Όσοι διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση για ποιους λόγους επιλέγουν να επιβαρύνονται επιπλέον οικονομικά ώστε να έχουν πρόσβαση και σε ιδιωτικούς φορείς υγείας
- (γ) Για ποιο λόγο κάποιοι ασφαλισμένοι προτιμούν να διαθέτουν μόνο Δημόσια ασφάλιση
- (δ) Προσδιορισμός του αριθμού των ατόμων που αν είχαν ελεύθερη επιλογή θα προτιμούσαν ιδιωτική ασφάλεια
- (ε) Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι φορείς υγείας
- (στ) .Προσδιορισμός των προβλημάτων υγείας που ταλαιπωρούν τον πληθυσμό στην Ελλάδα
- (ζ) Προσδιορισμός του επιπέδου ικανοποίησης των ασφαλισμένων από το Δημόσιο Σύστημα Υγείας

Στη συνέχεια θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας και σχολιασμός των συμπερασμάτων και τέλος θα παρουσιαστούν οι προτάσεις ανασχεδιασμού.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Υγεία αποτελεί πολύτιμο αγαθό για κάθε άνθρωπο. Σύμφωνα με τον Pearson (1979), η υγεία είναι η ικανότητα του ατόμου να μπορεί να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ βάσει της παραδοσιακής αντίληψης, η υγεία καθορίζεται από την έλλειψη συμπτωμάτων νόσου ή αναπηρίας (Τούντας, 2000:15). Κατά συνέπεια ο Pearson, επικεντρώνεται στην περιγραφή της αρνητικής κατάστασης της υγείας του ατόμου και περιορίζεται στην αναφορά μόνο γενετικών και βιολογικών παραγόντων, ενώ η υγεία αποτελεί συνισταμένη πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και γενικών παραγόντων (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (Τούντας, 2008: 22). Βάσει αυτού του ορισμού, η υγεία προσδιορίζεται όχι μόνο από την αρρώστια και την θνησιμότητα, αλλά και από μία σειρά φαινομένων που αντανακλούν τη θετική υγεία, όπως είναι η φυσική κατάσταση, οι δεξιότητες, η ψυχική και κοινωνική υγεία, κ.ά. Χαρακτηριστικά, τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει πλέον αντιληπτό ότι η έννοια της υγείας περιλαμβάνει διαστάσεις που συμβάλλουν στην αύξηση της ευημερίας του ατόμου και της κοινωνίας και έχει αποκτήσει μία θετική διάσταση, που εστιάζει στο δυναμικό του ατόμου σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του (Λιαρόπουλος, 2007).

Επίσης, η υγεία θεωρείται βασική ανθρώπινη αξία, ανθρώπινο δικαίωμα, αλλά και προσωπική ευθύνη για κάθε ενήλικα ανάλογα με τις ικανότητες που διαθέτει (Ραγιά, 1998). Ουσιαστικά η υγεία είναι μία μη σταθερή κατάσταση, αφού σε κάθε ανθρώπινο οργανισμό επέρχονται διαρκείς μεταβολές στην υγεία και υπάρχει

επίδραση τόσο από εσωτερικούς παράγοντες δηλαδή τη γενετική προδιάθεση, όσο και από εξωτερικούς, όπως τη συμπεριφορά του ατόμου, το φυσικό περιβάλλον, τις καταστάσεις που βιώνει στο εργασιακό του περιβάλλον, κ.ά. (Λιαρόπουλος, 2007).

Ωστόσο, κατά κύριο λόγο η αξία της υγείας είναι αντιληπτή με την εμφάνιση της ασθένειας. Ειδικότερα, σύμφωνα με την Sen (2002), *«η ασθένεια δεν οδηγεί μόνο στη μείωση της ποιότητας ζωής, αλλά και στην απώλεια της ελευθερίας να κάνει κάποιος αυτά που θέλει»* (Sen, 2002: 663). Επίσης, σύμφωνα με την Sen (2002), η καλή υγεία δεν αποτελεί απλώς ένα εργαλείο που συμβάλλει στην ανάπτυξη, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης (Sen A., 1999: 623).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το αγαθό υγεία έχει μοναδική αξία και διαθέτει μία σειρά πολύπλοκων χαρακτηριστικών που επηρεάζουν σε υψηλό βαθμό την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα στα πλαίσια μίας κοινωνίας (Saiti & Mylona, 2015). Επίσης, στα κύρια δικαιώματα κάθε ατόμου συμπεριλαμβάνεται η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, που είναι σε άμεση σύνδεση με θεμελιώδη δικαιώματα όπως αξιοπρεπή διαβίωση (καλή διατροφή, αξιοπρεπή εστίαση) και ασφάλεια (παροχή ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, παροχή υγειονομικής περίθαλψης, κ.ά.). Βασικοί υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι τα συστήματα Υγείας, τα οποία διακρίνονται σε τρεις (3) κύριες κατηγορίες: α) Κρατικό σύστημα, β) Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης και γ) Ιδιωτικό Σύστημα.

Συγκεκριμένα, κάθε κράτος, αναπτύσσει την κατάλληλη στρατηγική για την υγεία, δηλαδή καθορίζει την πολιτική που θα ακολουθηθεί, το ύψος των οικονομικών πόρων που θα επενδυθούν σε παραμέτρους υγείας, προκειμένου να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία των πολιτών.

## 1.2 ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επιστήμονες έχουν διαμορφώσει κοινά αποδεκτούς δείκτες υγείας, οι οποίοι αποτυπώνουν την κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε:

- **Δείκτες θετικής υγείας** -Περιλαμβάνουν:
  - **Αντικειμενικούς δείκτες:** Δείκτης γεννητικότητας (ποσοστό γεννήσεων) και το προσδόκιμο ζωής (αναμενόμενα έτη ζωής ενός ατόμου, σε φυσιολογικές συνθήκες επιβίωσης) (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).
  - **Υποκειμενικούς δείκτες:** Ευεξία του ατόμου και ποιότητα ζωής. Ειδικότερα η ποιότητα ζωής αξιολογείται με τη χρήση διαφόρων μεθόδων, όπως η QALY (έτη ζωής βάσει της ποιότητας) και η WHOQOL (ποιότητα ζωής από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), και περιλαμβάνει στοιχεία όπως η σωματική υγεία, η ψυχική ικανοποίηση, η ασφάλεια, η οικονομική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσει κάθε άτομο, κ.ά. (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).
  
- **Δείκτες αρνητικής υγείας** –Περιλαμβάνουν τους δείκτες θνησιμότητας (αριθμός και αιτία θανάτων) και νοσηρότητας (αριθμός και αιτίες νοσηλείας σε νοσοκομεία) (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).

## 1.3 Η ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Την εποχή που αναπτύχθηκε το κράτος – πρόνοιας, επικρατούσε η αντίληψη ότι κάθε άτομο είχε την ευθύνη λήψης των κατάλληλων μέτρων προστασίας προκειμένου να προστατευτεί από κοινωνικούς κινδύνους όπως ασθένεια, γήρας, ανεργία, κ.ά., σε διαφορετική περίπτωση έπρεπε να αντιμετωπίσει τις αρνητικές συνέπειές τους. Είναι

όμως κατανοητό ότι τη συγκεκριμένη περίοδο, δεν ήταν εφικτό σε ατομικό επίπεδο να αντιμετωπιστεί ο κοινωνικός κίνδυνος.

Ξεκινώντας μία σύντομη ιστορική ανάδρομη, για την παρέμβαση του κράτους στην υγεία, το καπιταλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε και εδραιώθηκε έχοντας ως βάση τη διαθεσιμότητα εργατικού δυναμικού, που είχε την επιθυμία για εργασία και ήταν δεκτικό σε μετακίνηση προκειμένου να εργαστεί. Κατά την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης, όμως ξεκινά η αύξηση των εργατικών ατυχημάτων, γεγονός που επέβαλλε την αναγκαιότητα ανάληψης κρατικής δράσης με στόχο τη συλλογική αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων (Χλέτσος, 2018). Κατά συνέπεια ο ρόλος του κράτους πλέον είναι σημαντικός, αφού μέσω των διαφόρων δράσεων για την προστασία της υγείας, διασφαλίζεται η κοινωνική προστασία

Σε διαχρονική όμως βάση, η κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας δεν έχει την ίδια ένταση. Συγκεκριμένα, αρχικά το κράτος είχε αποκλειστικά την ευθύνη παραγωγή υγείας, αφού εξασφάλιζε άμεσα, παροχή υπηρεσιών υγείας στους εργαζόμενους που δεν διέθεταν την οικονομική δύναμη για να αποκτήσουν πρόσβαση σε παροχές υγείας, ενώ παράλληλα ήταν χαμηλό το ενδιαφέρον ιδιωτικής πρωτοβουλίας για την ανάπτυξη της αγοράς υγείας, δηλαδή δεν υπήρχε ενδιαφέρον από επιχειρήσεις για δραστηριοποίηση στον τομέα της υγείας, ως φυσικό επακόλουθο της χαμηλής ζήτησης λόγω του χαμηλού εισοδήματος που διέθετε το εργατικό δυναμικό (Χλέτσος, 2018). Το επόμενο βήμα του κράτους ήταν η σύσταση ταμείων ασφάλισης, ώστε ο πληθυσμός να έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, με χαμηλότερο κόστος, σε σύγκριση με το κόστος που θα επιβάρυνε ένα άτομο, αν «αγόραζε» μόνο του τις υπηρεσίες υγείας.

Επομένως, το κράτος παρεμβαίνει στον τομέα της υγείας έχοντας ως βασικό σκοπό την παραγωγή και την παροχή του αγαθού «υγεία» σε χαμηλή τιμή, ώστε να προσφέρεται ωφέλεια προς το κοινωνικό σύνολο (Rice, 2006). Επίσης, στόχος της κρατικής παρέμβασης είναι η προσφορά της κατάλληλης ποσότητας του αγαθού της υγείας, η διασφάλιση της ομαλής αναπαραγωγής της κοινωνίας, αλλά και το κυριότερο η προστασία των πολιτών από τον κίνδυνο ασθενειών.

Στις μέρες μας, σε κάθε χώρα υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο βαθμό και το επίπεδο παρέμβαση του κράτους στο χώρο της υγείας, κι αυτό συμβαίνει λόγω της οικονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας, την οργάνωση της δομής του κράτους – πρόνοιας και του συστήματος κοινωνικής προστασίας που έχει αναπτύξει κάθε χώρα.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ο ρόλος του κράτους στην οικονομία έχει δύο (2) διαστάσεις:

- 1) **Οικονομική διάσταση:** Αφορά τη ρύθμιση και κατανομή δημόσιων αγαθών με σκοπό τη διόρθωση των ατελειών της αγοράς, την αναδιανομή οικονομικών πόρων μέσα από την φορολογία και τις μεταβιβάσεις και τη γενικότερη οικονομική πολιτική για την επίτευξη κοινωνικής ευημερίας.
- 2) **Κοινωνική- ηθική διάσταση:** Αναφέρεται στη δικαιοσύνη και πιο ειδικά στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα.

Συγκεκριμένα, οι κύριοι λόγοι παρέμβασης του κράτους στον τομέα της Υγείας, είναι οι εξής:

- Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας που θα ωφελήσουν το σύνολο της κοινωνίας. Πιο απλά σκοπός του κράτους είναι η προστασία των πολιτών από τον κίνδυνο ατυχημάτων που θα οδηγήσουν σε ανικανότητα και από την ασθένεια.
- Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και παροχή τους προς τους πολίτες σε προσιτή τιμή, σε σχέση με τις ισχύουσες τιμές της αγοράς. Σύμφωνα με τον Rice (2006), κράτος μέσω της πολιτικής για την υγεία, συμβάλλουν στη βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας των αγορών, αφού μέσα από την παρέμβασή του δίνεται εγγύηση ότι οι οικονομικά αδύνατοι πολίτες και όσοι ταλαιπωρούνται από κάποια ασθένεια έχουν πρόσβαση σε φροντίδα υγείας.
- Η εξασφάλιση της ομαλής αναπαραγωγής της κοινωνίας (Rice (2006)).
- Προσδιορισμός της άριστης ποσότητας του αγαθού της υγείας, ώστε να ωφελείται ο πληθυσμός. Συγκεκριμένα, ιατροί και επαγγελματίες υγείας, έχουν τον ρόλο του προμηθευτή του αγαθού της υγείας και παράλληλα

λειτουργούν ως ενδιάμεσοι μεταξύ των ασθενών, αφού έχουν τη δυνατότητα καθορισμού της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

- Η διασφάλιση της ποιότητας και της ποσότητας πληροφοριών που λαμβάνουν οι πολίτες σχετικά με τους φορείς υγείας και η ευρεία διάδοσή τους (Rice, 2006).

### **1.3.1 ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΕΙΔΗ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥΣ**

Σε κάθε χώρα, ο ρόλος που διαδραματίζει το κράτος στον τομέα της υγείας παρουσιάζει διαφορές βάσει του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται, ενώ υπάρχουν διαφοροποιήσεις και στον τρόπο παρέμβασης, σε ότι αφορά την οργάνωση των δομών υγείας, τη χρηματοδότηση, τις παροχές και τον έλεγχο των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας (Rice, 2006).

Ειδικότερα, τα κύρια είδη κρατικής παρέμβασης είναι τα ακόλουθα:

- Διάρθρωση του συστήματος
- Κάλυψη και διάθεση υπηρεσιών υγείας
- Ρύθμιση τιμών και δαπανών για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας
- Ρύθμιση όγκου υπηρεσιών υγείας
- Έλεγχος προσφοράς εισροών που θα διατεθούν στην υγεία

Εξετάζοντας κάθε είδος κρατικής παρέμβασης μέσα από αναφορές στην ισχύουσα κατάσταση που επικρατεί σε διάφορες χώρες, εντοπίζονται στην εφαρμογή τους διάφορες συνέπειες. Συγκεκριμένα:

- Διάρθρωση του συστήματος:

**-Καθολικότητα κάλυψης:** Στο σύνολο σχεδόν των αναπτυγμένων χωρών, με εξαίρεση τις ΗΠΑ παρέχεται εγγυημένη κάλυψη υγείας, σχεδόν σε όλους τους



πολίτες. Για παράδειγμα στην Γερμανία είναι πλέον παράδοση η κοινωνική αλληλεγγύη, μέσω της εφαρμογής του κοινωνικού κώδικα, Socialgesetzbuch, σύμφωνα με τον οποίο παρέχεται ιατρική φροντίδα αποκλειστικά βάσει των αναγκών του ατόμου και η χρηματοδότηση της φροντίδας έχει ως βάση αποκλειστικά τη δυνατότητα του ατόμου να πληρώνει (Rice, 2006). Επίσης το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, το οποίο ιδρύθηκε το 1947 και παρέχει στους πολίτες πλήρη και καθολική κάλυψη, χωρίς να υπάρχει οικονομικός φραγμός στην πρόσβαση (Rice, 2006). Αντίθετα στις ΗΠΑ υπάρχει μερική καθολική κάλυψη υγείας, καθώς εφαρμόζεται το σύστημα Medicare, μέσω του οποίου παρέχεται καθολική κάλυψη, μόνο στην ομάδα πληθυσμού που περιλαμβάνονται άτομα άνω των 65 ετών και άτομα με αναπηρίες (Rice, 2006).

Ως βασικό πλεονέκτημα της καθολικότητας κάλυψης είναι η βελτίωση της υγείας των πολιτών και η συμβολή στη διατήρηση ή ακόμη και στην αύξηση της παραγωγικότητάς τους, αφού όλοι έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Rice, 2006). Επίσης, η καθολική κάλυψη ενισχύει την ακριβοδικία στην κοινωνία. Ως κύριο μειονέκτημα της καθολικότητας κάλυψης αναγνωρίζεται το γεγονός ότι οι πολίτες μέσω φορολογίας ή των ασφαλιστικών εισφορών, υποχρεώνονται να πληρώσουν για την κάλυψη της ιατρικής φροντίδας, ακόμη κι αν δεν την επιθυμούν (Rice, 2006).

**-Δημόσια και ιδιωτική διαχείριση της κάλυψης:** Οι χώρες που εφαρμόζουν πλήρη ή μερική καθολική κάλυψη, ακολουθούν δύο (2) τύπους διαχείρισης των συστημάτων υγείας:

- 1) Σύστημα Beveridge: Έχει ως βάση την καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, παρέχοντας προστασία στο κοινωνικό δικαίωμα των πολιτών για πρόσβαση στο αγαθό της υγείας. Κατά συνέπεια, το εθνικό σύστημα υγείας, στηρίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την προσφορά ισότιμης κάλυψης των αναγκών των πολιτών ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση (Τούντας, 2008).

2) Σύστημα Bismarck: Το κράτος δεν παρέχει απευθείας τις περισσότερες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, επιβλέπει την παροχή της υγειονομικής φροντίδας, από ασφαλιστικά ταμεία τα οποία χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων (Τούντας, 2008). Παράδειγμα χωρών που εφαρμόζουν αυτό το σύστημα υγείας είναι η Γαλλία, Γερμανία και η Ολλανδία (Rice, 2006). Χαρακτηριστικά στην Γερμανία, η κοινωνική ασφάλιση έχει σημαντικό ρόλο στην πολιτική για την υγεία, τα Ταμεία Υγείας χρηματοδοτούνται από εργοδότες και εργαζόμενους και τα Ταμεία Υγείας έχουν την ευθύνη για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών (Rice, 2006). Σε κεντρικό επίπεδο, την ευθύνη για τις υπηρεσίες υγείας, την έχει η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, ενώ σε τοπικό επίπεδο η ευθύνη ανήκει στις κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Επομένως, το σύστημα υγείας που εφαρμόζεται στην Γερμανία, έχει ως βάσεις τα Ασφαλιστικά Ταμεία Υγείας - αυτόνομοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ασφαλίζουν εργαζόμενους του ίδιου επαγγελματικού κλάδου και οι περιφερειακές ενώσεις των ιατρών που απασχολούνται στην νοσοκομειακή περίθαλψη (Rice, 2006).

Βασικό πλεονέκτημα της δημόσιας διαχείρισης της κάλυψης είναι η μέθοδος χρηματοδότησης, αφού τα συστήματα που βασίζονται στη φορολογία κατά βάση προάγουν σε υψηλότερο βαθμό την κοινωνική δικαιοσύνη σε σχέση με τα συστήματα που έχουν ως βάση τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

**-Συντονισμός φορέων πληρωμής:** Στις χώρες στις οποίες η διαχείριση της υγειονομικής κάλυψης βασίζεται στα ταμεία ασθένειας ή στους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, προκύπτει θέμα στον συντονισμό για την πληρωμή των φορέων παροχής υπηρεσιών (Rice, 2006). Χαρακτηριστικά στις ΗΠΑ, δεν υπάρχει πρόβλεψη για τον συντονισμό των πληρωμών βάσει της νομοθεσίας, ούτε υφίσταται επίσημο σύστημα συντονισμού των πληρωμών, αλλά κάθε ασφαλιστικός φορέας εφαρμόζει το δικό του μηχανισμό για την πληρωμή των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (Rice, 2006). Αντίθετα στην Ιαπωνία, προκειμένου για να διασφαλιστεί ο συντονισμός των πληρωμών των φορέων παροχής υπηρεσιών, εφαρμόζεται το σύστημα «all-payer», σύμφωνα με το οποίο οι αμοιβές που καταβάλλονται είναι ίδιες για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς για τις υπηρεσίες

υγείας που προσφέρουν (Rice, 2006). Αντίθετα, στην Γερμανία, το κράτος έχει μικρότερη ανάμειξη. Πιο συγκεκριμένα, λειτουργεί μία κοινοπραξία ταμείων ασθένειας, που αναλαμβάνει τη διαπραγμάτευση από κοινού, των τιμών με τα νοσοκομεία (Glaser, 1991). Μάλιστα, παρά το γεγονός ότι στις προαναφερθέντες χώρες ο καθορισμός των τιμών μέσω του συστήματος all-payer, είναι κανόνας, υπάρχουν και εξαιρέσεις. Για παράδειγμα στην Γερμανία, οι πολίτες που έχουν υψηλό εισόδημα, δηλαδή είναι εύποροι, μπορούν να επιλέξουν τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων αντί να ενταχθούν στα ταμεία ασθένειας (Rice, 2006).

Το σύστημα all-payer, έχει δύο (2) βασικά πλεονεκτήματα:

- 1) Οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας δεν έχουν οικονομικό κίνητρο ώστε να ευνοήσουν έναν τύπο ασθενή σε σχέση με κάποιον άλλου. Άρα δεν υπάρχουν διακρίσεις μεταξύ των ασθενών.
- 2) Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας δεν μπορούν να μεταθέσουν το κόστος, δηλαδή δεν μπορούν να αυξήσουν τις χρεώσεις ενός φορέα πληρωμής, ώστε να αντισταθμίσουν τη μείωση των πληρωμών σε άλλον.

Επίσης, το σύστημα all-payer, έχει ως κύριο μειονέκτημα για τους φορείς παροχής υπηρεσιών, ότι όλοι συνήθως εισπράττουν το ίδιο ποσό, ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στις ικανότητές τους και στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν (Rice,2006).

**-Τόπος της διοικητικής εξουσίας:** Αναφέρεται στη διαχείριση των συστημάτων υγείας τόσο σε εθνικό, όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Χαρακτηριστικά, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η διαχείριση πραγματοποιείται σε περιφερειακό επίπεδο, ενώ σε κάποιες χώρες όπως για παράδειγμα η Σουηδία και η Ελβετία, οι αποφάσεις για την υγεία λαμβάνονται σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς η περιφερειακή αυτοδιοίκηση έχει ισχυρή εξουσία (Rice, 2006).

Τα κύρια πλεονεκτήματα της εστίασης του κρατικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο είναι τα ακόλουθα:

- Η κυβέρνηση έχει συνήθως περισσότερους πόρους που μπορεί να διατεθούν στην υγεία καθώς και εμπειρία που μπορεί να διασφαλίσει την εύρυθμη άσκηση των δραστηριοτήτων της για τον τομέα της υγείας.
- Η διαχείριση και η επιβολή κανόνων σε εθνικό επίπεδο μπορεί να διασφαλίσει ότι δεν θα υπάρχουν ανισότητες μεταξύ διαφορετικών περιφερειών.

Όσον αφορά σε επίπεδο περιφέρειας το βασικό πλεονέκτημα είναι ότι είναι πιο εφικτό το προσωπικό να κατανοεί καλύτερα και να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες και τα προβλήματα του τοπικού πληθυσμού και των φορέων παροχής υπηρεσιών (Rice, 2006).

- Χαρακτήρας κάλυψης και διάθεσης πόρων

**-Ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης:** Σε κάποιες χώρες η ιδιωτική ασφάλιση έχει ιδιαίτερο ρόλο, ενώ σε κάποιες άλλες όπως για παράδειγμα στον Καναδά, υπάρχουν περιορισμοί. Ειδικότερα στον Καναδά, έχουν τεθεί όρια στην ιδιωτική ασφάλιση, καθώς απαγορεύεται στους ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης υγείας να καλύπτουν υπηρεσίες που ήδη παρέχονται στο πρόγραμμα υγείας των περιφερειών (Rice, 2006).

Όμως οι περισσότερες χώρες επιτρέπουν τον ανταγωνισμό ανάμεσα στην ιδιωτική ασφάλιση και την υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη που παρέχει το κράτος. Χαρακτηριστικά, στην Γερμανία, όπως προαναφέρθηκε, οι εύποροι πολίτες έχουν τη δυνατότητα επιλογής αποκλειστικά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ακόμη, στην Αυστραλία ακολουθείται ενεργητική πολιτική επιδότησης και ενθαρρύνονται οι πολίτες, να στραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Rice,2006). Επίσης, στην Ιρλανδία, το κράτος καλύπτει μέσω επιδότησης, περίπου το 50% του κόστους ιδιωτικής περίθαλψης σε δημόσια νοσοκομεία (Rice,2006).

**-Παροχές των υποχρεωτικών δημόσιων συστημάτων:** Μέσα στα πλαίσια των παροχών των προγραμμάτων καθολικής κάλυψης, όλες οι χώρες προσφέρουν νοσοκομειακές και ιατρικές και υπηρεσίες, αλλά υπάρχει και μία σειρά υπηρεσιών

που προσφέρει κάθε κράτος, σε σχέση με την παροχή σε φάρμακα, οδοντιατρικές εργασίες και μακροχρόνια φροντίδα.

**-Υποχρεώσεις συμμετοχής στο κόστος:** Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, δεν βασίζονται μόνο στις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών, για την κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα στον Καναδάς, αποφεύγεται η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και οι επαρχίες έχουν υποχρέωση συμμόρφωσης σε υποχρεώσεις που αφορούν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, χωρίς να υφίσταται αποκλεισμός ή εμπόδιο και χωρίς επιβάρυνση (Rice, 2006). Όμως σε άλλες χώρες όπως η Γαλλία και η Ελβετία, υπάρχει υποχρέωση συμμετοχής στο κόστος.

**-Μέθοδοι πληρωμής φορέων παροχής υπηρεσιών:** Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, οι περισσότερες χώρες ως μέθοδος πληρωμής των ιατρών εφαρμόζαν την κατά πράξη. Εξαιρέση αποτελούσε η Βρετανία, όπου το εθνικό σύστημα υγείας παρείχε στους ιατρούς μία ετήσια αμοιβή, για το σύνολο των επισκέψεων του έτους που πραγματοποιούσε κάθε ασθενής που ήταν εγγεγραμμένος στο ιατρείο κάθε ιατρού (Rice, 2006).

Στις μέρες μας σε πολλές χώρες, συνεχίζει να υφίσταται αυτή η μέθοδος πληρωμής των ιατρών, ενώ υπάρχουν αρκετές χώρες, μεταξύ αυτών και το Ηνωμένο Βασίλειο, στις οποίες εφαρμόζεται σύστημα πληρωμής με βάση κίνητρα. Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, επιτρέπει στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, να διαχειρίζονται έναν προϋπολογισμό, δηλαδή να διαχειρίζονται τις δαπάνες ανά ασθενή για φάρμακα και χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ στην περίπτωση που προκύψει πλεόνασμα τους δίνεται η δυνατότητα να το κρατήσουν και να το αξιοποιήσουν για την αναβάθμιση τους εξοπλισμό τους (Rice,2006). Επίσης, στις ΗΠΑ υπάρχει μεγάλη ποικιλία μεθόδων πληρωμής των ιατρών. Ειδικότερα, το 85% των εγγεγραμμένων ιατρών στο πρόγραμμα Medicare, εντάσσεται στο πρόγραμμα αμοιβής κατά πράξη, ενώ το υπόλοιπο 15% στους HMO του Medicare (Rice, 2006.).

Στην περίπτωση της μεθόδου πληρωμής των ιατρών κατά πράξη, το βασικό πλεονέκτημα είναι η υψηλή συμβολή στη διασφάλιση παροχής ιατρικής φροντίδας προς τους ασφαλισμένους. Αντίθετα, στην μέθοδο αμοιβής κατά κεφαλήν, ενώ σημειώνεται εξοικονόμηση πόρων, αλλά υπάρχει η πιθανότητα να μην προσφέρεται επαρκής φροντίδα, εκτός αν υπάρχει παροχή κάποιου τύπου κινήτρων. Όμως όποιο σύστημα κι αν εφαρμόζεται, είναι απαραίτητο να ασκείται έλεγχος και να υπάρχουν ασφαλιστικές δικλίδες.

**-Επιλογή φορέων παροχής υπηρεσιών:** Στο σύνολο σχεδόν των ανεπτυγμένων χωρών, είναι ελεύθερη η επιλογή ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντίθετα υπάρχει ασάφεια στην παροχή της επιλογής νοσοκομείου. Για παράδειγμα στην Γερμανία, ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας παραπέμπει τον ασθενή σε νοσοκομείο, ενώ το φυσιολογικό είναι ο ασθενής να μεταβεί στο πλησιέστερο νοσοκομείο, ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (Rice, 2006). Επομένως, στην περίπτωση του συστήματος που εφαρμόζεται στην Γερμανία, διασφαλίζεται ότι ο ασθενής δεν θα κάνει λανθασμένη επιλογή νοσοκομείου λόγω της έλλειψης πληροφόρησης.

- Ρύθμιση τιμών και δαπανών

**-Τιμές και δαπάνες νοσοκομείων:** Οι τιμές και οι δαπάνες των νοσοκομείων μπορούν να ρυθμιστούν με αρκετούς τρόπους. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ, στα νοσοκομεία, καταβάλλεται ένα σταθερό ποσό για τη διαμονή του ασθενούς μέσω του συστήματος Diagnosis-Related Groups (DRG). (Rice, 2006). Αντίθετα, σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, γίνεται χρήση σφαιρικών προϋπολογισμών για την πληρωμή των νοσοκομείων, ενώ σε κάποιες χώρες όπως στον Καναδά, κάθε νοσοκομείο διαπραγματεύεται τον προϋπολογισμό του με τις επαρχίες και σε περίπτωση που το νοσοκομείο υπερβεί τον καθορισμένο προϋπολογισμό του, δεν παρέχεται εγγύηση για την αποζημίωσή του.

Επίσης, βασικό πλεονέκτημα της χρήσης σφαιρικών προϋπολογισμών είναι η παροχή στους κρατικούς και στους ιδιωτικούς φορείς, της δυνατότητας ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών (Rice, 2006).

**-Τιμές και δαπάνες γιατρών:** Σε ένα τυπικό σύστημα οι ιατροί αμείβονται σύμφωνα με κατάλογο αμοιβών, ο οποίος περιλαμβάνει το κόστος των μεθόδων και των θεραπειών. Χαρακτηριστικά στις ΗΠΑ, βάσει του προγράμματος Medicare, οι αμοιβές υπολογίζονται βάσει του γινομένου μιας σειράς αξιών οι οποίες καθορίζονται από τους ιατρικούς συλλόγους και ενός συντελεστή μετατροπής (Rice, 2006).

- Ρύθμιση όγκου

Η ρύθμιση των τιμών ανά μονάδα αποτελεί μία μέθοδο ελέγχου των δαπανών. Επίσης μία ακόμη μέθοδος είναι η ρύθμιση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Rice, 2006). Μάλιστα είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότερες χώρες δεν δίνουν μεγάλη έμφαση στον έλεγχο του όγκου των υπηρεσιών, αλλά στην επίτευξη μείωσης των δαπανών (Rice, 2006). Επίσης, βασικό πλεονέκτημα του άμεσου ελέγχου του όγκου των υπηρεσιών, είναι η άσκηση ελέγχου και ο περιορισμός της αλόγιστης σπατάλης στα πλαίσια του συστήματος.

- Έλεγχος προσφοράς εισροών

**-Νοσοκομεία:** Στις αναπτυγμένες χώρες υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με αν τα νοσοκομεία ανήκουν στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου το 90% των κλινών βρίσκονται σε μονάδες του δημόσιου τομέα, ενώ σε στις ΗΠΑ και τον Καναδά, τα περισσότερα γενικά νοσοκομεία είναι ιδιωτικοί, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (Rice, 2006).

**-Ιατροί:** Πολλές χώρες προσπαθούν να ελέγξουν την προσφορά ιατρών και να περιορίσουν το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην αύξηση της προσφοράς γενικών ιατρών, καθώς εκτιμάται ότι είναι μικρό το ποσοστό των γενικών ιατρών, ενώ υπάρχει υπεραφθονία στις υπόλοιπες ειδικότητες (Rice, 2006).

Ως κύριο πλεονέκτημα του ελέγχου της προσφοράς των ιατρών είναι η άσκηση ελέγχου στις συνολικές δαπάνες υγείας και η σωστή διαχείριση και κατανομή των ιατρών (Rice, 2006).

**-Κεφάλαιο και ιατρική τεχνολογία:** Οι ανεπτυγμένες χώρες κάνουν προσπάθειες ώστε να ελέγχουν ενεργά τη διάδοση και χρήση σύγχρονης τεχνολογίας. Για παράδειγμα η Ιαπωνία διαθέτει μακράν το πιο σύγχρονο τεχνολογικά εξοπλισμό (Rice, 2006).

Συγκεκριμένα, κάθε χώρα εφαρμόζει διαφορετικές μεθόδους για τον έλεγχο των ιατρικών τεχνολογιών. Χαρακτηριστικά στον Καναδά, οι επαρχίες χρηματοδοτούν το μεγαλύτερο μέρος του εξοπλισμού, ενώ δεν υπάρχει αύξηση στους σφαιρικούς προϋπολογισμούς.

Γενικότερα σε επίπεδο νοσοκομείων η απόκτηση σύγχρονου τεχνολογικού ιατρικού εξοπλισμού συμβάλλει στην αύξηση της ανταγωνιστικότητά τους, αφού το αποτέλεσμα είναι η αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση η προσέλκυση περισσότερων ασθενών.

## 1.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Για να υλοποιηθούν οι πολιτικές υγείας από τους κυβερνητικούς φορείς, απαιτείται η ύπαρξη δομών και οργανώσεων που ονομάζονται συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει τις ενσυνείδητες προσπάθειες που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση υγείας (WHO, 2000).

Ο Roemer (1991) αναφέρει ότι το σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό» (Roemer, 1991:335). Ακόμη, οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, αναφέρουν ότι το σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).



Ειδικότερα στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των πολιτών (WHO, 2000). Επίσης, ο προσδιορισμός των συστημάτων υγείας πραγματοποιείται βάσει μίας σειράς χαρακτηριστικών οργάνωσης όπως:

- Ο βαθμός ισοτιμίας στη χρηματοδότηση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας
- Η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με τους διαθέσιμους πόρους
- Το είδος των υπηρεσιών υγείας, στις οποίες εστιάζει το σύστημα
- Η σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και ασφάλισης
- Ο βαθμός ελευθερίας επιλογής των φορέων υπηρεσιών υγείας,
- Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007).

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης και κατά δεύτερο λόγο τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις (3) βασικές μορφές συστημάτων υγείας:

1) **Το κρατικό σύστημα υγείας:** Χρηματοδοτείται από τον κρατικό (τύπου προϋπολογισμό κυρίως μέσω της φορολογίας και έχει σκοπό την ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, αντιμετωπίζοντας την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα των πολιτών (Τούντας, 2008). Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι κυρίως κρατικές και οι ιατροί είναι ενταγμένοι στο σύστημα ως έμμισθοι υπάλληλοι. Όσον αφορά την ιδιωτική ιατρική, δεν απαγορεύεται, αλλά ασκείται περιθωριακά (Τούντας, 2008).

Τα κρατικά συστήματα υποδιαιρούνται σε:

- Συστήματα που εφαρμόστηκαν σε χώρες που διέπονται από κομμουνιστικά καθεστώτα (μοντέλο Semashko)

- Συστήματα που έχουν τη μορφή των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (μοντέλο Beveridge) και εφαρμόζονται σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως η Μεγάλη Βρετανία, σε χώρες της βόρειας Ευρώπης όπως η Σουηδία και στη νότια Ευρώπη σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Ιταλία (Τούντας, 2008). Ειδικότερα, το σύστημα Beveridge, πήρε το όνομά του από τον Βρετανό Ακαδημαϊκό, W. Beveridge και στηρίζεται στην καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, προστατεύοντας το κοινωνικό δικαίωμα των πολιτών.

2) **Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης** (σύστημα τύπου Bismarck) έχει ως βάση την ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία συγκροτούνται από ομοειδή κοινωνικές-επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού (Τούντας, 2008). Επομένως, πρόκειται για ένα σύστημα όπου η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται μέσω της ασφάλισης. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι: η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού και η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη. Επίσης, η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, οι υπηρεσίες υγείας δημόσιες ή ιδιωτικές, κερδοσκοπικές ή μη και οι γιατροί ελεύθεροι επαγγελματίες (Τούντας, 2008). Εφαρμογή αυτού του μοντέλου συναντάται σε χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία (Τούντας, 2008).

3) **Το ιδιωτικό σύστημα:** Χρηματοδοτείται κυρίως μέσω των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση και σε μικρότερο ποσοστό από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (Τούντας, 2008). Συγκεκριμένα, στο ιδιωτικό σύστημα υγείας (φιλελεύθερο ή σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης), είναι περιορισμένη η κρατική παρέμβαση, καθώς περιορίζεται στην προσφορά υπηρεσιών υγείας μόνο προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά και στη διαμόρφωση θεσμικού πλαισίου για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να υπάρχει εμπλοκή στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών – παραγωγών υπηρεσιών υγείας. Επομένως, το ιδιωτικό σύστημα υγείας βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, όπου ο καταναλωτής έχει την πλήρη ελευθερία να επιλέξει τον γιατρό, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιώτες και οι τιμές καθορίζονται κατά βάση από

τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης, αφού η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του ιδιωτικού συστήματος είναι οι ΗΠΑ, όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας – υπολογίζεται περίπου τα 2/3- ανήκει στον ιδιωτικό τομέα και πιο συγκεκριμένα σε κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και σε επιχειρήσεις οργανωμένης φροντίδας (Τούντας, 2008). Το κράτος καλύπτει μόνο τους οικονομικά αδύνατους και τους ηλικιωμένους μέσω των προγραμμάτων Medicaid και Medicare.

Τα κύρια πλεονεκτήματα εφαρμογής του ιδιωτικού συστήματος είναι τα ακόλουθα:

- Η ελευθερία των ασθενών και των ιατρών
- Η διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών μέσω του ανταγωνισμού (Τούντας, 2008).

Ως βασικά μειονεκτήματα του ιδιωτικού συστήματος αναγνωρίζονται τα εξής:

- Η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων
- Η αυξημένη προσφορά και ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και κατά συνέπεια οι υψηλές δαπάνες υγείας (Τούντας, 2008).

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα τελευταία χρόνια, στις περισσότερες χώρες και κυρίως χώρες στην Ευρώπη, εφαρμόζουν συστήματα υγείας μεικτής οργάνωσης. Συγκεκριμένα, ο δημόσιος τομέας, είτε ως εθνικό σύστημα, είτε ως κοινωνική ασφάλιση, συνυπάρχει με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ συνεχώς υπάρχει ανάπτυξη των ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών ιατρικών υπηρεσιών. Το μεικτό σύστημα εφαρμόζεται με επιτυχία στην Μεγάλη Βρετανία και σε Σκανδιναβικές χώρες, ενώ λιγότερη πετυχημένη είναι η εφαρμογή του στην Ελλάδα (Τούντας, 2008).

Επίσης εκτός από τις τρεις βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας, την τελευταία 20ετία αναπτύσσονται, κυρίως όπως έχει προαναφερθεί, στις ΗΠΑ, σύγχρονα συστήματα υγείας που έχουν τη μορφή της οργανωμένης φροντίδας υγείας (Managed Care) που έχουν σκοπό την άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου στις αυξημένες δαπάνες υγείας μέσα από τη διαχείριση του όγκου τιμής και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Τούντας, 2008).



Σχήμα 1.1. Μορφές συστημάτων Υγείας

## 1.5 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Στις μέρες μας έχει αναδειχτεί η σημασία της Δημόσιας Υγείας καθώς πλέον οι πρακτικές που αναλαμβάνονται στην εφαρμογή πολιτικής δημόσιας υγείας δεν περιορίζονται μόνο στη λήψη μέτρων για εξυγίανση και υγειονομική προστασία, αλλά έχουν ως στόχο την άσκηση ελέγχου και τη διαχείριση σοβαρών κινδύνων για την υγεία, όπως παρέμβαση για τη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής και

ασφάλειας στον χώρο εργασίας, παρέμβαση στο μορφωτικό και πολιτιστικό πλαίσιο και γενικά σε κάθε διάσταση της ζωής που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία (Αθανασάκης, κ συν, 2009).

## **1.5.1 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί κατά καιρούς για τη δημόσια υγεία, βασίζονται στις εξελίξεις που πραγματοποιούνται στους τομείς της δημόσιας υγείας (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Αρχικά, ο όρος Δημόσια Υγεία είχε περιοριστεί μόνο σε μέτρα εξυγίανσης και κινδύνους υγείας που δεν ήταν εφικτό ένα άτομο να φέρει εις πέρας μόνο του, ενώ το γεγονός ότι οι κίνδυνοι που προέρχονταν από ένα άτομο θα μπορούσαν να επεκταθούν και ασκήσουν επίδραση και σε άλλα άτομα, επέβαλαν την ανάγκη προσδιορισμού των προβλημάτων για την ένταξή τους στον τομέα της Δημόσιας υγείας, με τη χρήση κριτηρίων όπως η «ανθεκτικότητα» και η «μεταδοτικότητα» (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007).

Τέλη του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα, μέσω των εξελίξεων στην βακτηριολογία και την ανοσολογία, πλέον ελέγχονται μέσω της πρόληψης και αντιμετωπίζονται λοιμώδη νοσήματα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Σύμφωνα με τον βακτηριολόγο Charles -Edward Amory Winslow, *«Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της αύξησης της διάρκειας της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω οργανωμένων ενεργειών της κοινωνίας»* (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007:19).

Στα επόμενα έτη οι πρακτικές της Δημόσιας Υγείας εστίασαν στην αντιμετώπιση των λοιμώδη νοσημάτων, τον προσδιορισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου στον πληθυσμό και παράλληλα γίνονταν προσπάθειες να μειωθεί το κόστος των διαφόρων δράσεων. Το 1968, ο Harry Mustard, συμπεριλαμβάνει στον ορισμό της Δημόσιας Υγείας, την ευθύνη της κοινωνίας να ασχολείται με την επίλυση προβλημάτων υγείας που βάσει του χαρακτήρα ή ακόμη και της έκτασή τους (όπως για παράδειγμα

ανικανότητα, θάνατος, κ.ά.) δεν είναι εφικτό να τα αντιμετωπίσουν μόνο τους τα άτομα (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007). Το 1989, ο Acheson Report αναφέρει ότι «*Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται το προσδόκιμο ζωής, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας*» (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007: 20).

Σήμερα, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην πολιτική πρόληψης που εφαρμόζει το κράτος με σκοπό την προστασία του πληθυσμού από νοσηρές καταστάσεις, την βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και την βελτίωση του επιπέδου των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων (Αθανασάκης κ συν, 2009).

Μέσω της Διακήρυξης της Alma-Ata και του Χάρτη της Ottawa, διευρύνεται ο όρος Δημόσια Υγεία, και πλέον περιλαμβάνει και το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον. Χαρακτηριστικά, στη Διακήρυξη της Alma-Ata (The Declaration of Alma Ata for Primary Health Care), που διαμορφώθηκε στις 12 Σεπτέμβρη του 1978, διατυπώνεται ένας πλήρης ορισμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, βάσει του οποίου:

- α) Αναγνωρίζεται η υγεία ως θεμελιώδη ανθρώπινο δικαίωμα
- β) Καταδεικνύονται ως μη αποδεκτές οι ανισότητες στην υγεία
- γ) Αναγνωρίζεται ότι η προαγωγή και η προστασία της υγείας αποτελεί πλέον βασική προϋπόθεση για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη
- δ) Ο σχεδιασμός και οι προσπάθειες για την φροντίδα υγείας καθιερώνονται ως ατομικό και συλλογικό δικαίωμα και κύριο καθήκον
- ε) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναδεικνύεται ως βασικό μέσο της βελτίωσης της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο βάσει της κοινωνικής δικαιοσύνης
- στ) Η πρωτοβάθμια φροντίδα θεωρείται ως αναπόσπαστο μέρος και βασική λειτουργία του υγειονομικού συστήματος (Hixon & Maskarinec, 2008).

Ειδικότερα, με τη Διακήρυξη της Alma Ata, αρχίζει η προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου υπηρεσιών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες και δίνεται έμφαση σε προγράμματα για την αντιμετώπιση της νόσου (Κυριόπουλος, 2018).

Επίσης με τη σύναψη του Χάρτη της Ottawa (1986), προωθήθηκε το κοινωνικό μοντέλο υγείας και διαμορφώθηκε μία κοινή ατζέντα για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο (Κακουλάκης, 2018). Ειδικότερα, η επίτευξη της υγείας δεν είναι πια προτεραιότητα μόνο των επαγγελματιών υγείας, αλλά μέσα από το πολιτικό και νομοθετικό πλαίσιο, λαμβάνονται μέτρα για την προαγωγή και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Κακουλάκης, 2018). Συγκεκριμένα ο χάρτης της Ottawa ορίζει τις ακόλουθες πέντε (5) βασικές στρατηγικές για την προαγωγή της Υγείας:

- 1) Ανάπτυξη πολιτικών υγείας
- 2) Δημιουργία υποστηρικτικών πλαισίων που ενισχύουν την κοινοτική δράση
- 3) Ενίσχυση της κοινοτικής δράσης
- 4) Ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων, ώστε κάθε άτομο να έχει τη γνώση και τον έλεγχο και μπορεί να επιλέξει υπηρεσίες που ευνοούν την υγεία του.
- 5) Αλλαγή του προσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας (WHO,1992).

Βάσει των παραπάνω, είναι κατανοητό ότι η Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει μία σειρά ευρύτερων λειτουργιών και δράσεων. Ειδικότερα οι κυριότερες λειτουργίες και δράσεις είναι οι εξής:

- Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού
- Προστασία του περιβάλλοντος για τη διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού (π.χ. ασφάλεια στα τρόφιμα και στο νερό, πρόληψη ατυχημάτων στην εργασία, κ.ά.)
- Προαγωγή υγιούς συμπεριφοράς μέσα από την ανάληψη ενεργειών για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων
- Πρόληψη των επιδημιών μέσω της ανάληψης μέτρων για την προστασία του πληθυσμού (π.χ. εμβολιασμός)
- Ανταπόκριση σε έκτακτες συνθήκες (π.χ. καταστροφές από φυσικά φαινόμενα όπως σεισμό, πλημμύρες, κ.ά.)
- Αναζήτηση λύσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας με τη χρήση των εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης και της βιολογίας (Αθανασάκης, κ συν., 2009).

- Κινητοποίηση της κοινωνίας για θέματα προστασίας της υγείας (π.χ. ενημέρωση του πληθυσμού για την ανάληψη μέτρων σε περίπτωση σοβαρών κινδύνων π.χ. επιδημία). Ουσιαστικά πρόκειται για την κοινή προσπάθεια του συνόλου κοινωνικών και πολιτικών φορέων (π.χ. δημόσιες υπηρεσίες, εκπαιδευτικά ιδρύματα, οικογένεια, ΜΜΕ, κ.ά.) για την ενημέρωση των προβλημάτων υγείας και την παρέμβαση μέσω της νομοθεσίας για τη λήψη πολιτικής προστασίας και προαγωγής της υγείας (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006)
- Παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας (π.χ. ασφαλιστικά ταμεία υγείας, ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κ.ά.)
- Σχεδιασμός και εφαρμογή πολιτικής υγείας με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2007)

## 1.6 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι η πιο παλαιά μορφή ιατρικής φροντίδας και αναφέρεται στη βασική φροντίδα υγείας και έχει ως βάση πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία (Τούντας, 2008). Ακόμη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι προσιτή στον πληθυσμό μιας κοινότητας, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και γενικά η χώρα μπορούν να διασφαλίσουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης τους, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού (Τούντας, 2008). Ειδικότερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασικό στοιχείο του συστήματος υγείας μιας χώρας, το οποίο έχει ως βασικό στόχο τη διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού και περαιτέρω την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται: *«η παροχή ολοκληρωμένων, προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες υγείας που μπορούν να ικανοποιήσουν ευρύ φάσμα αναγκών υγείας, διαμορφώνοντας βιώσιμη σχέση και συνεργασία με τους ασθενείς και λειτουργώντας στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας»* (Τούντας, 2008:108).



Ο Καναδικός Ιατρικός Σύλλογος διαφοροποιείται από τον ορισμό του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ, καθώς δίνει έμφαση στο στοιχείο της πρώτης επαφής, δηλαδή ορίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως *«την πρώτη εκτίμηση του ασθενούς και παροχή συνεχούς φροντίδας για ευρύ φάσμα ζητημάτων υγείας, που περιλαμβάνει τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, τη συνεχιζόμενη υποστήριξη, με τη συνδρομή της οικογένειας και της κοινότητας όπου αυτή χρειάζεται»* (Τούντας, 2008:109).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν ασχολείται μόνο με την περίθαλψη, δηλαδή τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση από απλά νοσήματα σε τοπικό επίπεδο, αλλά εντός των πλαισίων της διαρκούς και συνεπής παρουσίας και προσφοράς στον πληθυσμό, επιφορτίζεται με ζητήματα όπως την πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την προαγωγή της υγείας. Πρόκειται για ζητήματα που περιλαμβάνουν:

- Την τακτική φροντίδα στο σπίτι των ασθενών
- Την παρακολούθηση χρόνιων προβλημάτων
- Τα προγράμματα άσκησης ηλικιωμένων
- Την προληπτική εξέταση των παιδιών στο σχολείο
- Την ενημέρωση για υγιεινή διατροφή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς πιο αποδοτική και οικονομική από τη διαχείριση της ασθένειας. Ειδικότερα, το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού
- Την ιατρο-κοινωνική και επιδημιολογική έρευνα

- Την ιατρική στην εργασία, στοχεύοντας στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων
- Την παροχή υπηρεσιών προσχολικής και σχολικής υγιεινής
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και καθώς και για ασθένειες που είναι απειλές για την ανθρωπότητα π.χ. το AIDS
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος
- Την αγωγή υγείας
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας. Σκοπός είναι η αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που εντοπίζονται σε άτομα ή ομάδες καθώς η προστασία ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, με σκοπό την αποτροπή σημαντικών επιπλοκών για την υγεία, ιδιαίτερα των παιδιών και των νέων και κατ' επέκταση την αποφυγή πολυέξοδων θεραπειών που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Σε ότι αφορά την οργάνωση, ανεξάρτητα από σύστημα υγείας κάθε κράτους, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει ως βάση κύριες αρχές όπως:

- Προσβασιμότητα: Να είναι προσβάσιμη, δηλαδή να μην υπάρχουν εμπόδια στον πληθυσμό στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας.
- Συνέπεια: Να είναι συνεχής, δηλαδή να μην παρέχεται αποσπασματικά, αλλά να είναι συνεχής και συνεπής η προσφορά παρακολούθησης, περίθαλψης και φροντίδας.
- Διαθεσιμότητα: Να είναι διαθέσιμη 24 ώρες το 24ωρο.
- Αποδοχή: Να είναι αποδεκτή. Είναι σημαντικό να μην υπάρχουν αντιδράσεις στον πληθυσμό και τα συστήματα να είναι σχεδιασμένα και οργανωμένα βάσει των ηθών και των εθίμων καθώς και των προσδοκιών των χρηστών.

- Πληρότητα: Να είναι ολική και να περιλαμβάνει ενέργειες για τη διαφύλαξη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της υγείας και να μην περιορίζεται στα στενά όρια της περίθαλψης αλλά να επεκτείνεται και στους τομείς της πρόληψης και της φροντίδας, δηλαδή την παροχή ενός ολοκληρωμένου φάσματος υπηρεσιών (Τούντας, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

## 2.1 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας θεωρείται πολύπλοκη, καθώς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το επίπεδο της περίθαλψης. Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας που ακολουθείται στην Ελλάδα, αν και έχει ως βάση το πρότυπο του συστήματος Beveridge, χαρακτηρίζεται ως μεικτό, καθώς ένα μέρος της χρηματοδότησής του, προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος –που αφορά κυρίως την νοσοκομειακή περίθαλψη- προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης, ενισχυμένος εμφανίζεται ο ιδιωτικός τομέας στο κομμάτι της παροχής των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην χρηματοδότησή τους. Ειδικότερα τα βασικά πλεονεκτήματά του συστήματος υγείας είναι:

- Η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας
- Η πλήρη κάλυψη του πληθυσμού (Τούντα, 2008).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκε το 1983 με στόχο τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι κύριοι στόχοι ήταν:

- Η παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού σε επίπεδο ισοτιμίας
- Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Η καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (Σίσκου κ συν, 2008).

Με την πάροδο των χρόνων έχουν υπάρξει αρκετές τροποποιήσεις στο σύστημα υγείας, ενώ το 2001 έγινε προσπάθεια για τον εκσυγχρονισμό του (ν.2889/2001). Κύριος σκοπός του συγκεκριμένου συστήματος, ήταν η παροχή ιατροφαρμακευτικής

και νοσηλευτικής κάλυψης του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών και στόχος του ήταν η αναβάθμιση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (ν.1397/1983). Στις μέρες μας, οι κύριοι στόχοι του ισχύοντος συστήματος υγείας είναι:

- Η αύξηση των πόρων για τη δημόσια υγεία
- Η αποκέντρωση και η διοικητική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας
- Η ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η αναβάθμιση των νοσοκομείων
- Η ενίσχυση των ανθρώπινων πόρων
- Ο έλεγχος του ιδιωτικού τομέα (Καϊτελίδου, 2014).

Βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι:

α) Η υγεία αποτελεί κοινωνικό όφελος και δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους της αγοράς.

β) Όλοι οι πολίτες, ασχέτως της οικονομικής και κοινωνικής τους κατάστασης ή του τόπου διαμονής τους, έχουν ίσα δικαιώματα στην παροχή υψηλής ποιότητας κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης.

γ) Η προστασία της υγείας του έθνους αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους, η οποία ασκείται μέσω ενός ενιαίου, αποκεντρωμένου και δημοκρατικού υγειονομικού συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007; Tountas *et al*, 2001).

Επομένως σκοπός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και χαμηλή συμμετοχή του στο κόστος. Υπεύθυνος φορέας για την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Πολύζος, 2014). Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας οι πόροι προέρχονται από τη γενική φορολογία, τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών υπηρεσιών υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας διοικείται από τον Υπουργό Υγείας, τους Υφυπουργούς Υγείας και τον Γενικό Γραμματέα. Ειδικότερα, σε ότι αφορά τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας, έχει ως αποστολή την προάσπιση, προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της διασφάλισης της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και τη ρύθμιση της λειτουργίας και την άσκηση εποπτείας στους Φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα (ΜΟΗ.GOV, 2018).

Για να εκπληρώσει την αποστολή του το Υπουργείο Υγείας, η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου (ΜΟΗ.GOV, 2018).

Ακόμη, το Υπουργείο Υγείας έχει την εποπτεία επτά (7) Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών (ν.4052/ 2012), οι οποίες με τη σειρά τους έχουν τον έλεγχο των νοσοκομείων, των Κέντρων υγείας και των δομών υγείας (ΜΟΗ.GOV, 2018).

Ειδικότερα οι Υγειονομικές Περιφέρειες που λειτουργούν είναι οι ακόλουθες:

- 1<sup>η</sup> ΥΠΕ (Αττικής)
- 2<sup>η</sup> ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)
- 3<sup>η</sup> ΥΠΕ (Μακεδονίας)
- 4<sup>η</sup> ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης)

- 5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)
- 6<sup>η</sup> ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας)
- 7<sup>η</sup> ΥΠΕ (Κρήτης) (ΜΟΗ.GOV, 2018).

Χαρακτηριστικά, σε επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από τα ασφαλιστικά Ταμεία, τα δημοτικά ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας καθώς και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης, η παροχή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από το κράτος, καθώς τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι φορείς του δημοσίου. Επίσης, η πληρωμή του κόστους των υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία πραγματοποιείται από το ασφαλιστικό ταμείο του κάθε ασθενούς ή από το ταμείο Πρόνοιας στην περίπτωση που ο ασθενής είναι άπορος. Ακόμη οι νοσοκομειακοί γιατροί λαμβάνουν μισθό από το κράτος, ενώ οι ιδιώτες ιατροί πληρώνονται κατά υπηρεσία. Επίσης, η αποζημίωση των νοσοκομείων πραγματοποιείται από τη φορολογία και μέσω πληρωμών της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

## **2.2 Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στην Ελλάδα, από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα, οι βασικοί νόμοι οι οποίοι ρυθμίζουν θέματα Δημόσιας Υγείας είναι οι ακόλουθοι:

1)Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

Οι πρώτες διατάξεις του Ν. 2519/1997 αφορούν την οργάνωση και τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα καθορίζεται ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας όλων των βαθμίδων, έχουν ως βασικό σκοπό την πρόληψη των νόσων, την προαγωγή της υγείας και τον σχεδιασμό, οργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και παράλληλα την ευθύνη παρέμβασης

μέσω ανάληψης δράσεων που αποσκοπούν στον έλεγχο των παραγόντων – κινδύνων που ασκούν αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού (MEDNET, 2008).

2)Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».

Με τον Ν. 3172/2003:

- Θεσπίστηκε η συγκρότηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.ΔΥ.) ως ανώτατου επιστημονικού και γνωμοδοτικού οργάνου για θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Επιδιώχθηκε η οργάνωση της διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία, με τη συγκρότηση της Διαγραμματειακής Συντονιστικής Δημόσιας Υγείας.
- Συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, στην οποία εντάχθηκαν όλες οι Διευθύνσεις που έχουν σχέση με τη Δημόσια Υγεία.
- Καθορίστηκε η δομή, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (LAWSPOT, 2018).

3)Ν.3370/2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις».

Με το Ν. 3370/2005:

- Ιδρύθηκε στο Υπουργείο Υγείας η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας.
- Επαναπροσδιορίστηκε η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας.
- Περιήλθαν στην αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των περιφερειών (DSANET, 2018).



Η ύπαρξη των παραπάνω νόμων αποτελεί θετική εξέλιξη, καθώς πλέον υιοθετείται η διευρυμένη έννοια και πρακτική της Δημόσιας Υγείας. Ειδικότερα η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα περιλαμβάνει τις ακόλουθες κύριες λειτουργίες και δράσεις:

- Παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και παράλληλα των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που ασκούν επίδραση στην υγεία.
- Προστασία και προαγωγή της υγείας και πρόληψη των νοσημάτων.
- Έλεγχος και αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και γενικότερα των νοσημάτων υψηλού κινδύνου.
- Προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- Αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων (π.χ. επιδημιών) και των απρόβλεπτων συμβάντων που προκαλούνται από φυσικά ή άλλα αίτια (π.χ. καταστροφές)
- Ιεράρχηση των προτεραιοτήτων στη δημόσια υγεία και λήψη μέτρων για την προστασία του πληθυσμού.
- Αξιολόγηση της ποιότητας και εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και ανάληψη μέτρων για τη βελτίωσή τους.
- Εκτίμηση των συνεπειών στην υγεία από τις εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα στην ιατρική, τη βιολογία έχουν σκοπό την προαγωγή της υγείας και τη βιωσιμότητα και βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας (Αθανασάκης κ συν., 2009).

## **2.3 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι κύριες αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα είναι οι ακόλουθες:

- Έλλειψη οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως στα αστικά κέντρα
- Έλλειψη οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε μεγάλο αριθμό νοσοκομείων
- Σοβαρές ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και διοικητικούς υπαλλήλους) στα νοσοκομεία και στα ταμεία ασφάλισης, ενώ μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα σε νοσοκομεία και φορείς υγείας στην περιφέρεια της χώρας
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με έντονα φαινόμενα παραοικονομίας
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων λόγω χαμηλής χρηματοδότησης
- Έλλειψη εφαρμογής αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου για τον εντοπισμό προβλημάτων και την αποδοτική αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Έλλειψη εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας (Αλεξιάδης, 2003:14)

Σύμφωνα με τον Γενικό Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης, κ. Λέανδρο Ρακιντζή, το Εθνικό Σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στοιχεία:

- Ύπαρξη συγκέντρωσης και κατακερματισμού ταυτόχρονα αρμοδιοτήτων και ευθυνών
- Μειωμένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των διοικήσεων και των μηχανισμών λήψης αποφάσεων
- Συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας, ενώ δεν μειώνονται οι υπαρκτές ανισότητες του συστήματος, εντείνεται η κατασπατάληση του δημοσίου

χρήματος και η διαφθορά σ' όλα τα επίπεδα στα Δημόσια Νοσοκομεία και σε λοιπούς φορείς υγείας (EUMEDLINE, 2018).

Ακόμη, σύμφωνα με στοιχεία ερευνών του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας, τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς η ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως δεν δημιουργεί σε συνθήκες ελεγχόμενου ανταγωνισμού, αλλά, εκμεταλλεύεται τη δυσλειτουργία και τις αδυναμίες του ΕΣΥ, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν εντοπισθεί περιστατικά συνεργασίας επιόρκων υπαλλήλων και ιατρών που καταφέρνουν να αυξάνουν τα κέρδη τους εις βάρος του δημοσίου χρήματος (EUMEDLINE, 2018). Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης κατευθύνεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υπηρεσιών υγείας, για να υπάρχει πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, ή προκειμένου οι ασθενείς να παρακάμψουν την λίστα αναμονής ή για να τύχουν καλύτερης αντιμετώπισης (EUMEDLINE, 2018). Μάλιστα, η δαπάνη αυτή προσφέρεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υπηρεσιών υγείας στο μεγαλύτερο ποσοστό πριν ή μετά την παροχή υπηρεσιών, είτε επειδή απαιτήθηκε, είτε δόθηκε αυτοβούλως από τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την έκφραση της ευγνωμοσύνης του (EUMEDLINE, 2018).

Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ενώ οι δείκτες υγείας βρίσκονται σε καλή πορεία, η σχετική θέση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης επιδεινώνεται σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες (EUMEDLINE, 2018). Μάλιστα επισημαίνεται το γεγονός ότι ενώ οι γενικοί δείκτες υγείας δεν επιδεινώνονται, ούτε όμως σημειώνουν βελτίωση, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, υπάρχει αύξηση των δαπανών, ο πληθυσμός είναι δυσαρεστημένος με το επίπεδο της ποιότητας παροχών υγείας που λαμβάνει

Ειδικότερα, βάσει των στοιχείων των Επιθεωρητών Υγείας, τα τελευταία χρόνια στον υγειονομικό τομέα έχουν αναπτυχθεί στρεβλώσεις και είναι αναγκαίο να υπάρχει έλεγχος ώστε να καταπολεμηθούν. Συγκεκριμένα τρεις βασικές στρεβλώσεις που είναι υπεύθυνες για τη διάβρωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, κατά τους επιθεωρητές Υγείας είναι: η σπατάλη, η παραοικονομία και η διαφθορά (EUMEDLINE, 2018). Χαρακτηριστικά βάσει των ερευνών τους σε όλα τα επίπεδα

παροχής υπηρεσιών υγείας, υπάρχουν οργανώσεις, επαγγελματιών υγείας, ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας, προμηθευτών βιοϊατρικής τεχνολογίας, φαρμάκων, υγειονομικών υλικών, κλπ., που για ίδια συμφέροντα, έχουν δημιουργήσει κανάλια παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα, με αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών πόρων, και την επιβάρυνση των δημοσίων οικονομικών, ενώ το πρόβλημα είναι πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, όπου η χώρα βρίσκεται σε δυσμενή οικονομική κατάσταση.

Τα βασικά στοιχεία που οδηγούν σε στρεβλώσεις στην παροχή υγείας, βάσει των στοιχείων που προκύπτουν από τους ελέγχους του Σώματος Επιθεωρητών Υγείας είναι τα ακόλουθα:

A) Το σύστημα χρηματοδότησης: Η διαφθορά στον τομέα της υγείας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το σύστημα χρηματοδότησης της υγείας. Χαρακτηριστικά, όταν οι δαπάνες του υγειονομικού τομέα αντλούνται από την φορολογία, υπάρχει το ενδεχόμενο εκτροπών των δημόσιων κεφαλαίων, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος άτυπων ή παράνομων πληρωμών, πιθανότητα διαφθοράς στις διαδικασίες που ακολουθούνται για τις προμήθειες, και πραγματοποίηση καταχρήσεων που υπονομεύουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Σε περίπτωση που οι δαπάνες αντλούνται από την κοινωνική ασφάλεια ή την ιδιωτική ασφάλεια, οι πιο συχνές καταχρήσεις που παρουσιάζονται είναι: η υπερβολική ιατρική περίθαλψη, η επιμήκυνση της νοσηλείας, η κατάχρηση διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και η απάτη στις τιμολογήσεις. Όταν οι δαπάνες αντλούνται από ίδιες πληρωμές, υπάρχει ο κίνδυνος της υπερχρέωσης των ιατρικών υπηρεσιών, ενώ δεν υπάρχει εγγύηση ότι το σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται είναι σημαντικές και χρήσιμες για τα άτομα που τις αγοράζουν, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, επαφίεται στην επαγγελματική ευσυνειδησία των παρόχων υγείας και περισσότερο των ιατρών (EUMEDLINE, 2018).

B) Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα: Σε υψηλό βαθμό η σπατάλη και η διαφθορά στην υγεία αποτελεί αντανάκλαση κύριων χαρακτηριστικών του υγειονομικού τομέα, τα οποία ενθαρρύνουν την ανάπτυξη αυτών των φαινομένων. Πρόκειται για χαρακτηριστικά όπως:

- 1) Η ανελαστική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και ο «ιατροκεντρικός» χαρακτήρας του συστήματος υγείας
- 2) Ο υψηλός βαθμός εξειδίκευσης των πληροφοριών. Χαρακτηριστικά, οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί) έχουν περισσότερη πληροφόρηση σε σχέση με τους ασθενείς, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν μεγαλύτερη γνώση από τους καταναλωτές, κ.ο.κ.
- 3) Ο υψηλός βαθμός διακριτικότητας. Συγκεκριμένα οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας επιλέγουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες και οι ασθενείς βρίσκονται σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη θέση. Μάλιστα δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι επαγγελματίες υγείας απολαμβάνουν τον ρόλο της αυθεντίας, λειτουργούν ως «σωτήρες - θεραπευτές» και είναι υπεράνω υποψίας.
- 4) Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας, οι πολλοί εμπλεκόμενοι και οι διασυνδέσεις μεταξύ των προμηθευτών υγείας με τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών υγείας.
- 5) Οι υπηρεσίες υγείας είναι σε μεγάλο βαθμό αποκεντρωμένες και εξατομικευμένες με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο έλεγχος της παροχής υπηρεσιών και των διαδικασιών προμήθειας.
- 6) Ο ισχυρός συνδικαλισμός, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία, που ασκούν άμεση επίδραση στις αποφάσεις της Διοίκησης. Για παράδειγμα όταν το 2000, σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο, υποχρεώθηκαν οι ιατροί να υποβάλλουν δηλώσεις πόθεν έσχες, οι συνδικαλιστές του Γ.Ν. ΚΑΤ, αντέδρασαν έντονα και ματαίωσαν την υποβολή τους (EUMEDLINE, 2018).

Ειδικότερα, στα Δημόσια Νοσοκομεία, οι περιοχές υψηλού κινδύνου σπατάλης και διαφθοράς στην υγεία, έχουν εντοπιστεί κυρίως:

- Στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, δηλαδή δωροδοκία των επαγγελματιών υγείας. Μάλιστα είναι αξιοσημείωτο είναι λόγω της οικονομικής κρίσης έχει μειωθεί αυτό το φαινόμενο
- Στις διαδικασίες προμηθειών. Χαρακτηριστικά ακόμη και στο κομμάτι της τροφοδοσίας παρατηρείται υπερβολική σπατάλη και προμήθεια χαμηλής ποιότητας τροφίμων

- Σε όλο τον κύκλο προμήθειας και διάθεσης των φαρμάκων
- Στη διαχείριση πληροφόρησης για τις δοκιμές νέων φαρμάκων, Στην διανομή των πόρων, σύστημα χρηματοδότησης
- Στην τιμολόγηση υπηρεσιών
- Σε μεγάλο αριθμό νοσοκομείων δεν καταρτίζονται προϋπολογισμοί, αλλά και αυτοί που καταρτίζονται δεν τηρούνται.

Επίσης, οι περιοχές υψηλού κινδύνου της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα έχουν εντοπιστεί κυρίως:

- Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ακόμη το γνωστό «φακελάκι» σε περιστατικά, κυρίως που απαιτείται χειρουργείο. Επίσης, υπάρχει κατάχρηση ανάλωσης προσθετικών υλικών σε ορθοπεδικά και καρδιοχειρουργικά περιστατικά.
- Στα παράνομα ιατρεία ιατρών του ΕΣΥ, αλλά και στο νόμιμο απογευματινό ιατρείο των Νοσοκομείων, που κάποιοι ιατροί στεγάζουν ουσιαστικά τον ιδιωτικό τους χώρο, αφού δεν υπάρχει ουσιαστικός έλεγχος των ιατρικών επισκέψεων, που πραγματοποιούνται σε αυτά τα ιατρεία.
- Στην μεθοδευμένη κατεύθυνση περιστατικών προς τον ιδιωτικό τομέα, δηλαδή είτε σε ιδιωτικές κλινικές, είτε σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.
- Στις πλασματικές εξετάσεις, που γράφονται σε βιβλιάρια ασθενών, οι οποίες δεν εκτελούνται ποτέ στην πραγματικότητα, αλλά εισπράττονται.
- Με την προσφορά στους ιατρούς «δώρων» από τις φαρμακευτικές εταιρείες που έχουν τη μορφή επιμορφωτικών ταξιδιών, χορηγιών για έρευνα, κ.ά.
- Στην καταχρηστική υπερ-συνταγογράφηση
- Στη συνειδητή απόκρυψη από παρόχους υπηρεσιών υγείας, φορολογικών στοιχείων με την αποφυγή έκδοσης παραστατικού (EUMEDLINE, 2018).

Γ) Η κατευθυνόμενη συνταγογράφηση: Βάσει των στοιχείων που δημοσιεύει το Υπουργείο Υγείας συνταγογραφούνται κατ' έτος εκατό (100) εκατομμύρια συνταγές, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την εκτίναξη των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων στα €17,5 δις ετησίως (EUMEDLINE, 2018).

Δ) Οι χαμηλές οικονομικές απολαβές των ιατρών: Είναι χαρακτηριστικό ότι το γνωστό « φακελάκι», ιδιαίτερα στα νοσοκομεία ενθαρρύνεται, και από το γεγονός ότι οι απολαβές των νοσοκομειακών γιατρών είναι χαμηλές σε σχέση με τις σπουδές που έχουν κάνει. Αποτέλεσμα είναι λοιπόν είτε να δέχονται το «φακελάκι» ως συμπλήρωμα στο εισόδημά τους, είτε να προσφέρουν κακές ιατρικές υπηρεσίες και πιο συγκεκριμένα να εξοικονομούν παραγωγικές δυνάμεις για τα ιδιωτικά τους ιατρεία (EUMEDLINE, 2018).

Ε) Η απουσία ελέγχου: Δεν έχουν θεσπιστεί τυποποιημένες διαδικασίες και διεργασίες, τεχνικές και πολιτικές για τη διενέργεια ελέγχων. Συνήθως οι έλεγχοι πραγματοποιούνται χωρίς συγκεκριμένη διαδικασία, με αποτέλεσμα για το ίδιο αντικείμενο ελέγχου, να γίνεται χρήση τελείως διαφορετικών πρακτικών συλλογής των αποδεικτικών στοιχείων, πολλές από τις οποίες παρουσιάζουν αδυναμίες. Κάθε ελεγκτικό σώμα καθιερώνει δικές του πολιτικές και διαδικασίες και περιορίζεται στους τομείς αρμοδιότητάς του. Η έλλειψη ενιαίων ελεγκτικών κανόνων και διαδικασιών δυσχεραίνει τη διαδικασία ελέγχου και ιδιαίτερα τη σύγκριση των ευρημάτων (Σίσκου κ συν., 2008).

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύει το Υπουργείο Υγείας στη «Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020», σχετικά με τις στρεβλώσεις στην παροχή υπηρεσιών, οι κύριες στρεβλώσεις που αναγνωρίζει είναι οι ακόλουθες:

Α) Η υπερκατανάλωση: Η υγειονομική περίθαλψη έχει κατακερματιστεί με την πάροδο του χρόνου, καθώς σημειώνεται υπερκατανάλωση, από τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων, τον υψηλό αριθμό καισαρικών τομών ή ακόμη και τον υψηλό αριθμό παραπεμπτικών για αξονική τομογραφία (Υπουργείο Υγείας, 2014). Ακόμη, τις τελευταίες δεκαετίες, η Γενική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει εκλείψει και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης έχει ως βάση αποκλειστικά την νοσοκομειακή και εξειδικευμένη φροντίδα, ενός έχει αυξηθεί ο ιδιωτικός τομέας. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την υψηλή επένδυση σε εξειδικευμένο και

υψηλού κόστους τεχνολογικό εξοπλισμό, ο οποίος, οδήγησε σε υψηλή κατανάλωση (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Β) Υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών: Το γεγονός ότι δεν ασκείται ουσιαστικός και αποτελεσματικός έλεγχος στην αγορά εξειδικευμένης φροντίδας έχει οδηγήσει στην παραγωγή υπερπροσφοράς ειδικευμένων ιατρών. Συγκεκριμένα, το 1960, στο σύνολο των 10.000 ιατρών που υπήρχαν στην Ελλάδα, το 40% ήταν μη ειδικευμένοι ιατροί που απασχολούνταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ σήμερα, το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι κάτω του 4%, ενώ σε άλλες χώρες της Ε.Ε. οι γενικοί ιατροί αποτελούν σημαντικό ποσοστό του ιατρικού δυναμικού (Μαυρέας, 2011). Χαρακτηριστικά, σε επίπεδο ΕΕ, στην Ελλάδα ο αριθμός των γενικών ιατρών βρίσκεται χαμηλότερα από το σημείο αναφοράς της ΕΕ, σε αναλογία με το ανθρώπινο δυναμικό (Υπουργείο Υγείας, 2014). Συγκεκριμένα, το τελευταίο τρίμηνο του 2014, οι Γενικοί Ιατροί στην Ελλάδα ήταν 3.766, ενώ υπήρχαν 42.647 ειδικευμένοι κλινικοί ιατροί. Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της χώρας, υπολογίζεται ότι σημειώνεται πλεόνασμα άνω των 20.000 σε ειδικούς ιατρούς στη χώρα, πλεόνασμα κάθε χρόνο παρουσιάζει αύξηση (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Γ) Η προκλητή ζήτηση: Οι προβλέψιμες επιπτώσεις που προκύπτουν από τον συνδυασμό στρεβλώσεων και υπερπροσφοράς έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση από άποψη προσφοράς, με τους ασθενείς να αγοράζουν αφειδώς εξειδικευμένη φροντίδα, και να δημιουργείται αλόγιστη προκλητή κατανάλωση, καθώς υψηλός ανταγωνισμός για πελάτες, με τους ειδικούς ιατρούς να ανταγωνίζονται στην αγορά πρωτοβάθμιας φροντίδας που ουσιαστικά κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας.

Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας ορίζεται η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί στις πραγματικές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από μία σειρά παραγόντων, όπως είναι ενδεικτικά:

- Η αύξηση του αριθμού των ιατρών
- Ο ίδιος ο ιατρός που προκαλεί αύξηση της ζήτησης για τις προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες με σκοπό το οικονομικό του όφελος



- Η ανάγκη πλήρωσης κενών νοσηλευτικών κρεβατιών
- Εκπαιδευτικοί και ερευνητικοί λόγοι
- Η ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, ιδιαίτερα όταν δεν έχουν την κατάλληλη πληροφόρηση
- Η διαφήμιση ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα που στοχεύει στην αύξηση του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών, των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών νοσοκομείων (Labelle *et al.*, 1993).

Δ) Δεν υπάρχει διαχωρισμός της αγοράς και της παροχής υπηρεσιών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αποτελούν τόσο αγοραστές όσο και παρόχους υπηρεσιών υγείας, διαστρεβλώνοντας τον ρόλο τους (Μαυρέας, 2011).

Από την παραπάνω παρουσίαση βασικών στρεβλώσεων που υπάρχουν στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, είναι σαφές ότι απουσιάζει η πολιτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με αποτέλεσμα να παραμένει σε ιδιαίτερα χαμηλή ανάπτυξη. Ουσιαστικά δεν υπήρξε ποτέ μία συντονισμένη προσπάθεια ώστε να εκπονηθεί ένα σχέδιο υλοποίησης ενός σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ, ενώ το 1995, υπήρξαν σοβαρές προτάσεις της «Επιτροπής Σοφών», αλλά δεν πραγματοποιήθηκε καμία (Μαυρέας, 2011).

Όλες οι παραπάνω στρεβλώσεις στο σύστημα υγείας επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, αλλά, επίσης, σε υψηλό βαθμό την ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση των χρηστών καθώς και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαχείριση των προβλημάτων υγείας είναι κατακερματισμένη, ενώ η φροντίδα σε πολλές περιπτώσεις χαρακτηρίζεται αναποτελεσματική και αδικαιολόγητα ακριβή (Υπουργείο Υγείας, 2014). Συγκεκριμένα, τα χρήματα των Ελλήνων πολιτών «δεν πιάνουν τόπο», αφού συχνά τους παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα και συχνά

πληρώνουν υπερβολικά πολλά χρήματα, ενώ το άμεσο κόστος των ασφαλιστικών εισφορών που επιβαρύνονται, επιτείνει την οικονομική δυσχέρεια. Ακόμη, η ποιότητα της περίθαλψης είναι συχνά κάτω της βέλτιστης και τις περισσότερες φορές δεν καλύπτει τις προσδοκίες του πληθυσμού. Γενικότερα, το σύστημα είναι αναποτελεσματικό, οι πολίτες δεν έχουν εμπιστοσύνη στους δημόσιους φορείς υγείας.

## **2.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Σε έρευνα της διαNEOσις, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, και με συντονιστή τον καθηγητή Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κ. Γιάννη Τούντα, διαπιστώθηκε ότι η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων, έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, εντοπίζεται ότι από το 2010, μέχρι και τον Μάιο του 2015, ο πληθυσμός της χώρας μας έχει μειωθεί κατά περίπου 250.000 ανθρώπους, λόγω της μείωσης των γεννήσεων και της μετανάστευσης (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016).

Σύμφωνα με τα στοιχεία, μέχρι και το 2015, ο αριθμός των Ελλήνων που μεταναστεύουν σε άλλες χώρες, ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των μεταναστών που εισέρχονταν στη χώρα (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016). Επίσης, σε ότι αφορά τις γεννήσεις, το 2013, σημειώθηκε μεγάλη πτώση στο ποσοστό γεννήσεων, αφού έπεσαν κάτω από τις 100.000 ετησίως, ενώ και το 2014 σημειώνεται νέα πτώση των γεννήσεων. Σε σχέση με την θνησιμότητα, το 2004, η γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα ανερχόταν στις 662,82 ανά 100.000 πληθυσμού (Υπουργείο Υγείας, 2008). Όσον αφορά την ειδική θνησιμότητα, βάσει στοιχείων του Υπουργείου Υγείας οι κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, είναι: τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήγη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του

αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις (ΜΟΗ.GOV, 2008).

Στις μέρες μας η οικονομική κρίση, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, ενώ το σημαντικότερο στοιχείο σε σχέση με την θνησιμότητα, είναι ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αυτοκτονιών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2014) πριν από την κρίση, οι θάνατοι που αποδίδονται σε αυτοκτονίες ήταν μεταξύ 370 έως 400 ετησίως, ενώ από το 2010 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε, φτάνοντας τα 377 άτομα και το 2013 στα 533 άτομα (Γεωργακόπουλος, 2016).

Σε σχέση με την νοσηρότητα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, μέχρι και το 2004, η κυριότερη αιτία απώλειας ζωής στην Ελλάδα, ήταν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και η κατάθλιψη (ΜΟΗ.GOV, 2008). Σήμερα, σε περίοδο οικονομικής κρίσης παρατηρείται επιδείνωση της ψυχικής υγείας των πολιτών της Ελλάδας, ενώ υψηλότερο είναι το ποσοστό του πληθυσμού κατώτατων στρωμάτων. Είναι χαρακτηριστικό, ότι σύμφωνα με έρευνα της διαΝΕΟσις, το 2014 το 4,7% του πληθυσμού, έπασχε από κατάθλιψη, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το 2009 (Γεωργακόπουλος, 2016). Επίσης, κατά την περίοδο 2006 -2011, αυξήθηκε κατά 35% η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016). Ακόμη, κατά την περίοδο 2009-2014, αυξήθηκε κατά 24,2% το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση (Γεωργακόπουλος, 2016). Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι στην παιδική παχυσαρκία η Ελλάδα, καταλαμβάνει την 1<sup>η</sup> θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, από το 2014 σχεδόν το 30% του πληθυσμού, άνω των 15 ετών, περιορίσε τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας (Γεωργακόπουλος, 2016).

Στις κύριες προκλήσεις της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα είναι και η αυξημένη ροή μεταναστών, αφού η χώρα υποδέχεται σχεδόν το 95% των προσφύγων και μεταναστών που κατευθύνονται προς την Ευρώπη. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, το 2015, σε περίπου 2.000 πρόσφυγες /μετανάστες χρειάστηκε να

προσφερθεί νοσοκομειακή περίθαλψη, με το κόστος της παροχής να ξεπερνά τις €800.000 (Γεωργακόπουλος, 2016). Επίσης, είναι σημαντικό ότι αυτή τη στιγμή χιλιάδες μετανάστες είναι εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα, λόγω την απαγόρευσης διέλευσης τους σε άλλες χώρες της ΕΕ, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, βρίσκονται σε δομές που δεν πληρούν τις βασικές συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας, με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου παρουσίας επιδημικών νοσημάτων (ΜΟΗ.GOV, 2016).

Ακόμη, σοβαρή πρόκληση που αντιμετωπίζει η Δημόσια Υγεία, σε περίοδο κρίσης, είναι και οι μεγάλες περικοπές στην χρηματοδότηση για την υγεία. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό LANCET, που είναι από τα κορυφαία επιστημονικά ιατρικά περιοδικά του κόσμου, από τα σοβαρά αποτελέσματα των περικοπών, είναι να εμφανίζονται σήμερα στην Ελλάδα, κρούσματα μαλάριας, να είναι υψηλός ο αριθμός των αυτοκτονιών, να έχουν αυξηθεί οι περιπτώσεις των μολύνσεων από τη νόσο του AIDS, ενώ αυξάνεται επικίνδυνα το ποσοστό θνησιμότητας των νεογνών (Ξενοφώντος, 2014). Ειδικότερα σε ότι αφορά το HIV, σύμφωνα με έρευνες, οι περικοπές στα προγράμματα πρόληψης είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση μόλυνσης από την νόσο του HIV από τους χρήστες ναρκωτικών, φτάνοντας από τους 15 το 2009, στους 484 το 2012 (Ξενοφώντος, 2014).

Επίσης, το υψηλό ποσοστό ανεργία, επηρεάζει σημαντικά την υγεία των ατόμων. Συγκεκριμένα, στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Φόρουμ Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ιατρικής (2016), τονίστηκε από τους ειδικούς επιστήμονες, ότι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση χρόνιων και λοιμωδών νοσημάτων, ενώ, η οικονομική κρίση έχει άμεση σύνδεση με την αύξηση των δεικτών θνησιμότητας, κυρίως από καρδιαγγειακά νοσήματα, λοιμώξεις του αναπνευστικού, χρόνια ηπατοπάθεια και αυτοκτονίες (TANEA, 2016). Επίσης, αναφέρθηκε ότι παρατηρείται αύξηση των παραγόντων κινδύνου, όπως υπέρταση, καθιστική ζωή και παχυσαρκία, στις ομάδες του πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (TANEA, 2016). Σοβαρά είναι και τα στοιχεία για

τους εφήβους. Συγκεκριμένα, η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος, έχει άμεση σύνδεση με τη χρήση ουσιών (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, κάνναβη) (TANEA, 2016).

Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων τα τελευταία χρόνια έχουν υποστεί μείωση της τάξεως του 40% (Κοντοζαμάνης, 2012). Ενδεικτικά, το 2010, σε σύγκριση σχέση με το 2009, αυξήθηκαν κατά 24% οι εισαγωγές στα νοσοκομεία, ενώ κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010, σημειώθηκε αύξηση κατά 8% (Κοντοζαμάνης, 2012). Ακόμη, σημαντικός αριθμός ανθρώπων κυρίως λόγω οικονομικής δυσχέρειας, δεν επισκέπτονται πλέον τον ιατρό, παρά το γεγονός ότι είναι αναγκαίο (Κοντοζαμάνης, 2012). Επίσης, όπως προαναφέρθηκε έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και είναι μεγάλη η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ιδιαίτερη ανησυχία υπάρχει για την αύξηση των κρουσμάτων AIDS. Χαρακτηριστικά το 2011 τα κρούσματα αυξήθηκαν κατά 50% σε σχέση με το 2010, στοιχείο που δεν είναι άσχετο με τις περικοπές του 1/3 των προγραμμάτων στην κοινότητα (Κοντοζαμάνης, 2012). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των επισκέψεων σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύει η οργάνωση «Ιατροί του Κόσμου», περίπου 30% των Ελλήνων αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, ενώ το 2007, το ποσοστό ήταν μόλις 3-4% (Κοντοζαμάνης, 2012).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα αναστροφής αυτής της κατάστασης που επικρατεί και να διασφαλιστεί ότι θα παρέχεται ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, έχουν γίνει σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας με στόχο τον δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του και την αλλαγή της δομής του. Συγκεκριμένα:

Δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Ν. 3918/2011) μέσα από τη συνένωση επτά (7) ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου). Ο ΕΟΠΥΥ είναι Νομικό Πρόσωπο

Δημοσίου Δικαίου που ιδρύθηκε με σκοπό την προσφορά υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας). Το 2014, με τον Ν. 4238 / 2014, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Αυτό έχει ως συνέπεια την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα την αναβάθμιση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος ενισχύεται και στοχεύει στην υποκατάσταση σε πληθώρα περιπτώσεων του δημόσιου τομέα (Χλέτσος, 2015).

Ακόμη, έχουν ληφθεί μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών όπως επιβολή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ισχύ πρωτοκόλλου και θεσμοθέτηση των ΚΕΝ (ΦΕΚ 1702/β/2011) ώστε να εφαρμόζεται νέος τρόπος αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ έχει αναπτυχθεί πληροφοριακό σύστημα του ΕΟΠΥΥ μέσω του οποίου παρέχονται ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες (Χλέτσος, 2015).

## **2.5 ΑΝΑΛΥΣΗ SWOT (ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ & ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ)**

Η χρήση της ανάλυσης SWOT εξυπηρετεί την παρουσίαση των δυνατών και των αδύνατων στοιχείων του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα και συμβάλλει στον εντοπισμό και τη μελέτη των ευκαιριών που μπορεί να αξιοποιηθούν για την επίτευξη σημαντικών βελτιώσεων και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας καθώς και ανάδειξη σημαντικών απειλών που λειτουργούν ως εμπόδια για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα, μέσω της ανάλυσης SWOT γίνεται μελέτη των δυνατών (strengths) και αδύνατων (weakness) σημείων ενός οργανισμού, καθώς και των ευκαιριών (opportunities) και των απειλών (threats) που παρουσιάζονται. Τα δυνατά και αδύνατα σημεία αναφέρονται στο εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς της πόρους, όπως ικανότητες στελεχών,

τεχνογνωσία, τεχνολογία, χρηματοοικονομική κατάσταση, κ.ά. (Παπαδάκης, 2012). Είναι σαφές ότι ένα δυνατό σημείο μπορεί να προσδώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον οργανισμό, ενώ μία αδυναμία μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη και εξέλιξη του.

Επίσης, μέσα από την μελέτη του εξωτερικού περιβάλλοντος, αναδύονται τόσο δυνητικές ευκαιρίες όσο και απειλές/ κίνδυνοι που επιβάλλεται να προσδιοριστούν εγκαίρως ώστε να διαμορφωθεί η κατάλληλη στρατηγική (Παπαδάκης, 2012). Συγκεκριμένα, ευκαιρία αποτελεί κάθε δύναμη του εξωτερικού περιβάλλοντος που μπορεί μέσω της σωστής αξιοποίησης να αποτελέσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και κατ' επέκταση να οδηγήσει στην ανάπτυξη (π.χ. εντοπισμός μία αναπτυσσόμενης αγοράς, εντοπισμός ενός κενού της αγοράς, ευκαιρία για αξιοποίηση σύγχρονης τεχνολογίας, κ.ά.). Ως απειλή θεωρείται κάθε δύναμη του εξωτερικού περιβάλλοντος που μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα του οργανισμού ή να εκθέσει σε κίνδυνο την λειτουργία του και να μειώσει την κερδοφορία του (π.χ. ανταγωνισμός, μεταβολές στα μακρο-οικονομικά μεγέθη, κ.ά.) (Μπατσιαός κ. συν., 2008).

Σύμφωνα με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης, των προσπαθειών που έχουν γίνει για τον εκσυγχρονισμό του και της υφιστάμενης κατάστασης σε οικονομικό, κοινωνικό, τεχνολογικό και πολιτικό επίπεδο και των στοιχείων που δημοσιεύονται στην Εθνική Στρατηγική Υγείας για την περίοδο 2014-2020, η ανάλυση SWOT για την υγεία στην Ελλάδα έχει ως ακολούθως:

#### **Δυνάμεις:**

- Το Υπουργείο Υγείας είναι ιδιοκτήτης πολλών υγειονομικών εγκαταστάσεων, με αποτέλεσμα να μην δαπανώνται κεφάλαια για ενοικίαση κτιρίων.
- Υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και δεξιοτήτων του προσωπικού του τομέα υγείας.

- Σχετικά καλό επίπεδο πρόσβασης σε σύγχρονες τεχνολογίες και φάρμακα
- Σχετικά καλή και επαρκής υποδομή
- Συνεργασία φορέων υγείας με εθελοντικές οργανώσεις για την αντιμετώπιση της μεταναστευτικής κρίσης.
- Επιβολή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και πρωτοκόλλου με σκοπό τον περιορισμό της αλόγιστης συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων.
- Λειτουργία Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY). Πρόκειται για νέες δομές που λειτουργούν από τα τέλη Μαΐου 2018. Είναι Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας και έχουν ως βασική αποστολή την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον πληθυσμό ευθύνης τους (TOMY.MOH.GO, 2018). Ειδικότερα τα TOMY:
  - Διασφαλίζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τη συνέχεια της φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.
  - Παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική, ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας.
  - Έχουν ως βασική μέριμνα την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, την ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, εστιάζοντας στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και την παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας π.χ. εμβολιασμούς, κατ' οίκον φροντίδα, κ.ά. (TOMY.MOH.GO, 2018).

Επίσης, όσον αφορά τις ειδικότητες του προσωπικού των TOMY, κάθε ομάδα περιλαμβάνει έως 12 μέλη των ακόλουθων ειδικοτήτων:

- Τέσσερις (4) Γενικοί Ιατροί ή Παθολόγοι
- Ένα (1) Παιδίατρο
- Δύο (2) Νοσηλευτές



- Δύο (2) Επισκέπτες Υγείας
- Ένα (1) Κοινωνικό Λειτουργό
- Δύο (2) Διοικητικούς Υπαλλήλους (TOMY.MOH.GO, 2018).

#### **Αδυναμίες:**

•Ανεπαρκής διακυβέρνηση του τομέα υγείας: Η επίβλεψη των υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων του δημόσιου τομέα Υγείας εφαρμόζει ένα αναποτελεσματικό υπόδειγμα κεντρικής λήψης αποφάσεων και ελέγχου, που έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τη μικρή συμμετοχή των χρηστών, την πολύ περιορισμένη διοικητική αυτονομία και αποκέντρωση, και την ιδιαίτερα περιορισμένη στρατηγική πληροφόρηση και τη χρήση απαρχαιωμένων διοικητικών προσεγγίσεων (Υπουργείο Υγείας, 2014)

•Κατακερματισμός των διοικητικών δομών και μηχανισμών σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο

•Περιορισμένος αριθμός εθνικών πολιτικών, στρατηγικών και προγραμμάτων

•Υψηλή γραφειοκρατία στους φορείς υγείας που παρεμποδίζει τη διεκπεραίωση διαδικασιών (Υπουργείο Υγείας, 2014). Χαρακτηριστικά, δεν είναι λίγες οι φορές που η γραφειοκρατία μπορεί να δημιουργήσει τεράστια προβλήματα, σε όλες τις διαχειρίσεις ενός νοσοκομείου, π.χ. στην πληρωμή από τα ταμεία ασφάλειας ή στις προμήθειες ή ακόμη και στην φροντίδα των ασθενών.

•Κακή επικοινωνία εντός των πλαισίων του Υπουργείου Υγείας και μεταξύ των φορέων υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014)

•Βάσει αξιολόγησης είναι χαμηλές οι δυνατότητες των δημοσίων υπαλλήλων ως προς την αποδοτική άσκηση των καθηκόντων τους. Αυτό είναι αποτέλεσμα της έλλειψης προγραμμάτων εκπαίδευσης αλλά και της νοοτροπίας που έχει αναπτύξει μεγάλο μέρος των δημοσίων υπαλλήλων, κυρίως μεγαλύτερων ηλικιών, που έχουν συνηθίσει την εργασιακή ρουτίνα και δεν επιθυμούν να προσπαθήσουν περισσότερο

για να αυξήσουν την αποδοτικότητά τους. Λόγω των περιορισμένων χρηματοοικονομικών πόρων, είναι περιορισμένη η δυνατότητα του Υπουργείου Υγείας να προσλάβει προσωπικό. Σύμφωνα με τα στοιχεία η ποσόστωση είναι 1:5 στις προσλήψεις προς αποχωρήσεις. Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού έχει επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα υπηρεσιών. Χαρακτηριστικά, λόγω της οικονομικής κρίσης, στα πλαίσια της μείωσης των λειτουργικών εξόδων των Δημόσιων Νοσοκομείων και λοιπών φορέων υγείας, έχουν ληφθεί μέτρα που αφορούν τη μείωση του προσωπικού και το «πάγωμα» των προσλήψεων. Χαρακτηριστικά την τελευταία δεκαετία, το προσωπικό στα Δημόσια Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας μειώθηκε κατά 17.000 εξαιτίας των συνταξιοδοτήσεων και της έλλειψης προσλήψεων (Μούσγας, 2014),

- Κακός συντονισμός μεταξύ των τομέων (Υπουργείο Υγείας, 2014). Για παράδειγμα συχνά οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας δεν έχουν ενημέρωση για νέους νόμους, εγκυκλίους, κλπ., με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν τους ασφαλισμένους.

- Λόγω των περικοπών στην χρηματοδότηση είναι περιορισμένη η κάλυψη του πληθυσμού με κοινωνική ασφάλιση

- Χρήση απαρχαιωμένων μηχανισμών πληρωμής παρόχων του δημοσίου τομέα -βάσει ημερομισθίου - και έλλειψη ρύθμισης για τη διαχείριση παρόχων του ιδιωτικού τομέα(Υπουργείο Υγείας, 2014)

- Εφαρμογή αναποτελεσματικών μηχανισμών προμηθειών και αποπληρωμών, που έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένες ζημιές για το κράτος

- Διαφθορά. Όπως έχει αναφερθεί, κατά καιρούς εντοπίζονται επίορκοι υπάλληλοι και διαπιστώνονται συνεργασίες δημόσιων φορέων με παρόχους του ιδιωτικού τομέα

- Ανισότητες στην κατανομή υπηρεσιών και προσωπικού με αποτέλεσμα να μην εξυπηρετείται επαρκώς ο πληθυσμός στην περιφέρεια.

- Το υφιστάμενο σύστημα υγείας έχει ως βάση τα νοσοκομεία με ελλειμματική ανάπτυξη ΠΦΥ

- Λόγω έλλειψης δομών, εξοπλισμού και σωστής οργάνωσης υπάρχει μεγάλη εξάρτηση από ιδιωτικούς παρόχους.

- Υψηλή εξάρτηση από ειδικευμένους ιατρούς σε σχέση με γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς

- Ανεπαρκής ανάπτυξη Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας. Ελλιπής χαρακτηρίζεται και η οργάνωση των τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων

- Διαρροή προσωπικού κρίσιμης σημασίας σε άλλους δημόσιους φορείς (π.χ. νοσηλευτές εργάζονται με απόσπαση σε διοικητικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας).

#### **Ευκαιρίες:**

- Πολιτική σταθερότητα. Στην Ελλάδα επικρατεί πολιτική σταθερότητα καθώς υπάρχει κυβέρνηση, μέσω νόμιμων εκλογών και δεν υπάρχουν προβλήματα π.χ. συνεχείς εκλογές, οικουμενικές κυβερνήσεις, συγκρούσεις των πολιτικών κομμάτων, που θα οδηγούσαν σε αβεβαιότητα και κοινωνικές αναταραχές. Επομένως η πολιτική σταθερότητα είναι στοιχείο θετικό για την υλοποίηση των σχεδίων αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας.

- Αξιοποίηση κονδυλίων για την υγεία που προσφέρουν τα προγράμματα ΕΣΠΑ, για την αναδιάρθρωση των δομών και των υπηρεσιών υγείας.

- Ανάπτυξη συνεργασιών σε επίπεδο εκπαίδευσης και έρευνας των φορών υγείας με άλλες χώρες. Είναι σημαντικό να υπάρξει ανταλλαγή εμπειρίας με διοικητικό προσωπικό και πάροχους από άλλες χώρες της ΕΕ.

- Αξιοποίηση σύγχρονης τεχνολογίας για να την αναδιοργάνωση των φορέων υγείας (π.χ. τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, τηλεϊατρική, κ.λπ.).

### **Απειλές:**

•Οικονομική κρίση. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το δημόσιο χρέος της ανήλθε στο 177,4% του ΑΕΠ το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2017, ενώ σε σχέση με το 2<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2017, σημειώθηκε αύξηση της τάξεως του 1,3% (HUFFINGTONPOST, 2018). Ακόμη, σύμφωνα με την Eurostat, ο πληθωρισμός, τον Δεκέμβριο του 2017 ήταν στο 1%, όταν το αντίστοιχο διάστημα του 2016 ήταν στο 0,3 % (NEWSBOMB, 2017). Επομένως δεν αποκλείεται η πραγματοποίηση νέων περικοπών σε κατανομές κονδυλίων για την υγεία λόγω των συνολικών περικοπών του προϋπολογισμού ή λόγω ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων σε άλλους τομείς (κοινωνική προστασία, ενέργεια).

•Αντίσταση των δημοσίων υπαλλήλων στις αλλαγές που έχουν σκοπό των εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014)

•Επιρροή μεγάλων ομάδων επιρροής- επαγγελματικών συλλόγων, παρόχων φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού. Για παράδειγμα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα μπορεί να απαιτήσουν υψηλότερες τιμές.

•Τα υψηλά επίπεδα ανεργίας οδηγούν σε μείωση των εσόδων του ΕΟΠΥΥ. Ειδικότερα, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, τον Νοέμβριο του 2017, η ανεργία στην Ελλάδα κυμαινόταν στο 20,9%, ενώ η ανεργία στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 25 ετών αγγίζει το 43,7% (KATHIMERINI, 2018).

•Γήρανση των επαγγελματιών υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014)

•Μετανάστευση επαγγελματιών υγείας στο εξωτερικό. Τις καταστροφικές συνέπειες της κρίσης για το επιστημονικό προσωπικό της χώρας, καταδεικνύουν τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών για τη μετανάστευση των γιατρών προκειμένου να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Συγκεκριμένα, κάθε χρόνο την τελευταία πενταετία 1.500 Έλληνες γιατροί μεταναστεύουν σε άλλες χώρες του εξωτερικού ενώ κατά το πρώτο τρίμηνο του 2018, 281 γιατροί έχουν ζητήσει από τον Ιατρικό Σύλλογο πιστοποιητικό για να δουλέψουν στο εξωτερικό (IEFIMERIDA, 2018). Σήμερα η ανεργία των γιατρών στην Ελλάδα έχει ανέλθει σε επίπεδα – ρεκόρ, καθώς

το 28% των μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι (IEFIMERIDA, 2018). Ειδικότερα 2.100 μέλη του ΙΣΑ είναι άνεργοι, ενώ την τελευταία πενταετία 1.500 γιατροί το χρόνο κατά μέσον όρο, ζητούν πιστοποιητικά για το εξωτερικό. Επίσης, σήμερα τα εγγεγραμμένα μέλη του ΙΣΑ είναι 24.815, όταν το 2017 ήταν 25.090 και το 2009 ήταν 25.825 (IEFIMERIDA, 2018). Από την αρχή του χρόνου, μέχρι σήμερα, 281 γιατροί έχουν ζητήσει πιστοποιητικό, για να δουλέψουν σε κάποια χώρα του εξωτερικού και ήδη έχουν εκδοθεί 118 πιστοποιητικά για Αγγλία, 26 για Γαλλία, 23 για Γερμανία κ.τ.λ. (IEFIMERIDA, 2018).

- Υπερβολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας λόγω της μεταναστευτικής/προσφυγικής κρίσης.

- Αυξανόμενη δυσπιστία των χρηστών προς τους παρόχους φροντίδας υγείας(Υπουργείο Υγείας, 2014)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΕΡΕΥΝΑ**

#### **3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η παρουσίαση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται μέσω του Δημόσιου συστήματος στην Ελλάδα, με έμφαση στην περίοδο οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα.

#### **3.1 ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Τα βασικά ερωτήματα που θα απασχολήσουν την έρευνα μας είναι τα ακόλουθα:

- 1.Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα
- 2.Οι αδυναμίες του συστήματος υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Όλα αυτά με σκοπό την παρουσίαση προτάσεων αναβάθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και μεταρρυθμίσεων που μπορούν να ληφθούν, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών, ακόμη και στη δύσκολη περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύει η Ελλάδα.

#### **3.2 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Οι πολιτικές που εφαρμόζονται από το 2008 έως σήμερα για την αντιμετώπιση της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, μείωση των προσλήψεων προσωπικού (διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού). Πρόκειται όμως για πολιτικές που ενώ έχουν ως στόχο την μείωση δαπανών, από τα στοιχεία προκύπτει ότι επιφέρουν περεταίρω προβλήματα στη ζωή των πολιτών, ειδικά των χαμηλών και μεσαίων

οικονομικών στρωμάτων. Για παράδειγμα, η πολιτική περικοπών στην υγεία που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, μπορεί να οδηγήσει: α) σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών, αφού επιβαρύνονται με υψηλότερες εισφορές και λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες (π.χ. έλλειψη εντατικών μονάδων, έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων, κ.ά.) και β) σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου της αύξησης της δαπάνης για επείγουσα φροντίδα υγείας, σε σχέση με τις δαπάνες για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα. Επίσης, σημαντικά είναι τα προβλήματα που καταγράφονται σε έρευνες, στην οργάνωση του συστήματος υγείας που μεταξύ άλλων οφείλεται στον κακό συντονισμό μεταξύ των φορέων, την γραφειοκρατία, κ.ά.

Επομένως, σε μία δύσκολη για την Ελλάδα περίοδο, είναι αναγκαία η έρευνα για τον εντοπισμό των προβλημάτων που παρουσιάζει το σύστημα υγείας και των στρεβλώσεων στην παροχή υγείας, ενώ είναι σημαντικό να εντοπισθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και να παρουσιαστούν παρεμβάσεις που μπορεί να πραγματοποιηθούν προκειμένου να ανασχεδιαστούν οι υπηρεσίες υγείας και να τονισθεί ότι ακόμη και σε περίοδο οικονομικής ύφεσης μέσω της σωστής οργάνωσης λειτουργιών και διαδικασιών, την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και την σωστή αξιοποίηση των κονδυλίων όπως π.χ. του Προγράμματος για την υγεία ΕΣΠΑ 2014-2020, είναι εφικτό να υπάρξουν αλλαγές που θα βοηθήσουν στην αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **4.1 ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συλλογή πρωτογενών στοιχείων, δηλαδή η απευθείας άντληση στοιχείων από τον πληθυσμό με βάση τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί, προκειμένου να προσδιοριστεί το επίπεδο ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν (Κουρεμένος, 2008).

Ειδικότερα οι στόχοι που η έρευνα αποσκοπεί να επιτύχει είναι:

1. Προσδιορισμός του επιπέδου ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις παροχές που λαμβάνουν από το Δημόσιο Σύστημα Υγείας
2. Προσδιορισμός στοιχείων που μπορεί να βελτιωθούν ώστε να αναβαθμιστεί το Δημόσιο Σύστημα Υγείας.

#### **4.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ**

Για τη συγκεκριμένη μελέτη το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε είναι συγχρονική.

#### **4.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ**

Για τη συλλογή των δεδομένων εφαρμόστηκε περιοριστική προσέγγιση, δηλαδή δεν αντιμετωπίστηκε ο πληθυσμός ως ενιαίο σύνολο, αλλά επιλέχθηκε ως δείγμα πενήντα άτομα, άνω των 18 ετών, κάτοικοι Αττικής. Όσον αφορά τον τρόπο επιλογής των μελών-μονάδων του δείγματος, είναι τυχαία. Ειδικότερα τα χαρακτηριστικά του δείγματος είναι: Φύλο: Άντρες, γυναίκες, Ηλικία: άνω των 18 ετών, κάτοικοι Αττικής, ανεξαρτήτου οικογενειακής κατάστασης, μόρφωσης, επαγγέλματος και εισοδήματος.



## 4.4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ως εργαλείο της πρωτογενούς έρευνας έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, στα πλαίσια της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο στηρίχθηκε στα ερωτήματα και στους στόχους που έχουν τεθεί και στην προεργασία που έχει γίνει από την επισκοπική έρευνα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 21 ερωτήσεις, ενώ δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διατύπωση τους, ώστε να είναι κατανοητές από τους ερωτώμενους και να μην χρειαστούν διευκρινήσεις, αλλά και να διασφαλιστεί η ανταπόκριση του δείγματος.

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 21 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 6 πρώτες αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία και οι υπόλοιπες είχαν ως βάση τον εντοπισμό του επιπέδου ικανοποίησης των ασφαλισμένων από την Δημόσια και την Ιδιωτική Υγεία, τις προτιμήσεις του και τις επιθυμίες του. Επίσης, το ερωτηματολόγιο πλαισιώθηκε με κλειστές ερωτήσεις, διχοτομικές και πολλαπλών επιλογών, ερωτήσεις κλίμακας ιεράρχησης -ταξινόμησης, κατάλογο επιθέτων και ερωτήσεις κλίμακας Likert. Δεν χρησιμοποιήθηκαν ανοικτές ερωτήσεις, ώστε να διευκολυνθούν καταρχάς οι ερωτώμενοι καθώς θα ήταν χρονοβόρο να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, και απαιτείται εκφραστική ικανότητα γραπτή, ενώ θα ήταν δύσκολη η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η επεξεργασία τους.

Για παράδειγμα για να προσδιοριστεί για ποιον λόγο οι συμμετέχοντες στην έρευνα επέλεξαν ιδιωτική ασφάλιση χρησιμοποιήθηκε ερώτηση: Κλίμακα ιεράρχησης-ταξινόμησης. Συγκεκριμένα:

*Όσοι διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση, ιεραρχήστε τους ακόλουθους λόγους της επιλογής, χρησιμοποιώντας από το 1 έως το 3:*

*Αξιοπιστία υπηρεσιών* .....

*Ειδικευμένο προσωπικό* .....

*Άμεση ανταπόκριση στο πρόβλημα και παροχή φροντίδας* .....

Επίσης για προσδιοριστεί ο βαθμός συμφωνίας ή διαφωνίας τους για τις υπηρεσίες των Ιδιωτικών Νοσοκομείων και των Ιατρικών διαγνωστικών κέντρων, χρησιμοποιήθηκε ερώτηση Likert.

*Τα ειδικά πακέτα εξετάσεων προληπτικού ελέγχου σε ειδικές τιμές που προσφέρουν συχνά τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιατρικά Διαγνωστικά Κέντρα κάνουν πιο προσιτές στο κοινό τις υπηρεσίες τους (Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας).*

ΣΥΜΦΩΝΩ		ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	
ΠΟΛΥ ○	ΛΙΓΟ ○	○	ΛΙΓΟ ○	ΠΟΛΥ ○
5	4	3	2	1

Επίσης, το ερωτηματολόγιο δεν έχει ξαναχρησιμοποιηθεί σε άλλη έρευνα, αλλά διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.

## 4.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ως μέθοδος συλλογής των στοιχείων επιλέχθηκε η ηλεκτρονική και πιο συγκεκριμένα η αποστολή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Σκοπός ήταν η άμεση αποστολή των ερωτηματολογίου, με χαμηλό κόστος και η προσέγγιση του δείγματος, εξαλείφοντας την περίπτωση επηρεασμού των ερωτώμενων και τη μείωση της αντικειμενικότητας της έρευνας (Σταθακόπουλος, 2005).

Επίσης, με σκοπό την ενημέρωση των παραληπτών του ερωτηματολογίου απεστάλη μαζί με το ερωτηματολόγιο, μια εισαγωγική επιστολή, η οποία περιλάμβανε συνοπτικά τους σκοπούς-στόχους της έρευνας.

Όσον αφορά το χρονικό διάστημα συλλογής των στοιχείων, η έρευνα διήρκησε ένα μήνα (Μάρτιος 2018). Συγκεκριμένα, απεστάλησαν ερωτηματολόγια σε 75 άτομα, μετά τις 26 Φεβρουαρίου, ώστε να διασφαλίσουμε την ανταπόκριση τουλάχιστον 50 συμμετεχόντων, που ήταν το δείγμα που είχε τεθεί. Μέχρι τέλη Μαρτίου, υπήρξε ανταπόκριση από 61 άτομα. Όμως από τα 61 ερωτηματολόγια, η έρευνα βασίστηκε σε δείγμα 50 ατόμων, δηλαδή απορρίφθηκαν 11, καθώς εντοπίστηκαν με ελλιπή στοιχεία και πιο συγκεκριμένα είχαν αναπάντητες ερωτήσεις.

## **4.6 ΑΝΑΛΥΣΗ**

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε στατική μέθοδος. Συγκεκριμένα, συγκεντρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις, καταχωρήθηκαν τα στοιχεία στον Η/Υ και έγινε η επεξεργασία των δεδομένων, από τα οποία προέκυψαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 5.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Το 60% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 40% άνδρες. Ακόμη, το 70% ήταν έγγαμοι και το 30% άγαμοι. Σε σχέση με την ηλικία, ένα 10% ανήκει στην ομάδα 18-25 ετών, ένα 45% στην ομάδα 36-45, ένα 12% την ομάδα 46-55 ετών και το 33% άνω των 56 ετών. Όσον αφορά το επάγγελμα το 40% δηλώνουν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 20% δημόσιοι υπάλληλοι, το 10% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ένα ακόμη 10% είναι άνεργοι και ένα 20% συνταξιούχοι. Επίσης, το 40% δηλώνουν απόφοιτοι λυκείου, το 30% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 10% τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 20% απόφοιτοι γυμνασίου. Σε σχέση με το εισόδημα το 10% δηλώνει εισόδημα κάτω των 500€, ένα ακόμη 10% άνω των 2000€, το 45% από 500-1000€, ένα 25% από 1001-1500€ και ένα ακόμη 10% από 1501-2000€.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
ΦΥΛΛΟ	Γυναίκες			Άνδρες	
	60%			40%	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Έγγαμος			Άγαμος	
	70%			30%	
ΗΛΙΚΙΑ	18-25 ετών	36-45 ετών	46-55 ετών	άνω των 56 ετών	
	10%	45%	12%	33%	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Ιδιωτικοί υπάλληλοι	Δημόσιοι υπάλληλοι	Ελεύθεροι επαγγελματίες	Άνεργοι	Συνταξιούχοι
	40%	20%	10%	10%	20%
ΜΟΡΦΩΣΗ	Απόφοιτοι Γυμνασίου	Απόφοιτοι Λυκείου	Τεχνολογική Εκπαίδευση	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	
	20%	40%	10%	30%	

ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Κάτω των 500€	501-1000€	1001-1500€	1501- 2000€,	Άνω των 2000€
	10%	45%	25%	10%	10%

*Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία*

Επίσης το 70% έχει δημόσια ασφάλιση, το 30% ιδιωτική και ένα 20% έχει και τα δύο. Στην ερώτηση που ζητήθηκε σε όσους διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση, η ιεράρχηση των λόγων της επιλογής τους, με βάση της σημαντικότητας που αποδίδει κάθε ερωτώμενος τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Α. Αξιοπιστία υπηρεσιών: Το 45% την τοποθέτησε στην 1<sup>η</sup> θέση, το 25% στην 2<sup>η</sup> θέση και το 30% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Β. Ειδικευμένο προσωπικό: Το 30% στην 1<sup>η</sup> θέση, το 45% στην 2<sup>η</sup> θέση και το 25% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Γ. Άμεση ανταπόκριση στο πρόβλημα και παροχή φροντίδας: Το 25% στην 1<sup>η</sup> θέση, το 30% στην 2<sup>η</sup> θέση και άλλο ένα 45% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Επομένως οι συμμετέχοντες κατέταξαν 1<sup>η</sup> την αξιοπιστία υπηρεσιών, 2<sup>η</sup> το ειδικευμένο προσωπικό και 3<sup>η</sup> την άμεση ανταπόκρισης στο πρόβλημα και παροχή φροντίδας.

Ακόμη, το 65% των ερωτώμενων που είχαν εμπειρία από ιδιωτική ασφάλεια, χαρακτήρισαν την υπηρεσία ως αποτελεσματική και το 35% ακριβή. Επίσης, από το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλεια, το 70% απάντησε ότι η επιλογή του βασίστηκε στο υψηλό κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης και το 30% ότι εμπιστεύεται τους φορείς υγείας του δημοσίου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι από το 70% όσων δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση, ένα 30%, διέθετε στο παρελθόν ιδιωτική ασφάλιση, και η πλειοψηφία απάντησε ότι λόγω της οικονομικής κρίσης αναγκάστηκε να την διακόψει. Επίσης, σημαντικό είναι το στοιχείο ότι αν οι ασφαλισμένοι είχαν την επιλογή να διαλέξουν μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, το 80% θα επέλεξε να διαθέτει τα χρήματα που του παρακρατούνται σε ιδιωτική ασφάλιση.

Επίσης, το 65% απάντησαν ότι αν έχουν πρόβλημα απευθύνονται σε ειδικό γιατρό, το 30% στα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικού νοσοκομείου και το 5% στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου. Ακόμη στην ερώτηση ποιος παράγοντας θα μετρούσε περισσότερο στην απόφασή τους για την επιλογή Ιδιωτικού Νοσοκομείου μεταξύ Δημοσίου, η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε το ειδικευμένο προσωπικό και ειδικευμένες μέθοδοι θεραπείας.

Ακόμη στην ερώτηση, αν τα ειδικά πακέτα εξετάσεων προληπτικού ελέγχου σε ειδικές τιμές που προσφέρουν συχνά τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιατρικά Διαγνωστικά Κέντρα, κάνουν πιο προσιτές στο κοινό τις υπηρεσίες τους, είναι εντυπωσιακό ότι το 100% των συμμετεχόντων συμφώνησαν, και μάλιστα το 85% πολύ και το 15% λίγο.

Επίσης, στην ερώτηση, αν οι «υπηρεσίες κατ' οίκον» (Αιμοληψία, Υπερηχογραφήματα, Triplex) που προσφέρουν τα περισσότερα Ιδιωτικά Ιατρικά Κέντρα αποτελούν σημαντική βοήθεια για τους ηλικιωμένους και στα άτομα με προβλήματα υγείας, και πάλι το 100% των συμμετεχόντων συμφώνησαν, με το 92% να δηλώνει ότι συμφωνεί πολύ και το 8% λίγο.

Στην ερώτηση που ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να ιεραρχήσουν υπηρεσίες του ΕΣΥ, σύμφωνα με τη σπουδαιότητα που τους αποδίδουν, τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα:

Α. Έμπειρο προσωπικό στις μονάδες υγείας: Το 55% την τοποθέτησε στην 1<sup>η</sup> θέση, το 15% στην 2<sup>η</sup> θέση και το 30% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Β. Αξιόπιστες υπηρεσίες(σωστά αποτελέσματα εξετάσεων, σωστή αντιμετώπιση περιστατικών, κ.ά.): Το 20% στην 1<sup>η</sup> θέση, το 35% στην 2<sup>η</sup> θέση και το 45% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Γ. Εξοπλισμένες μονάδες υγείας με σύγχρονα μέσα (μηχανήματα, υλικά, εργαστήρια, κ.ά.): Το 15% στην 1<sup>η</sup> θέση, το 20% στην 2<sup>η</sup> θέση και άλλο ένα 55% στην 3<sup>η</sup> θέση.

Επομένως στην 1<sup>η</sup> θέση κατέταξαν το έμπειρο προσωπικό στις μονάδες υγείας, στην 2<sup>η</sup> θέση, τις αξιόπιστες υπηρεσίες και στην 3<sup>η</sup> τις εξοπλισμένες μονάδες υγείας με σύγχρονα μέσα.

Επίσης το 25% του πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια νόσημα και το 75% δεν αντιμετωπίζει. Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας, το 10% δηλώνει ότι πάσχει από κατάθλιψη, το 25% από καρκίνο, το 20% από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, το 15% από σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, το 20% από καρδιακά προβλήματα. Ακόμη, το 85% των ερωτώμενων δεν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
<b>Κατάθλιψη</b>	<b>10%</b>
<b>Καρκίνος</b>	<b>25%</b>
<b>Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I</b>	<b>20%</b>
<b>Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II</b>	<b>15%</b>
<b>Καρδιακά προβλήματα</b>	<b>20%</b>

*Πίνακας 2: Προβλήματα υγείας*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την έρευνα προκύπτει ότι η οικονομική κρίση έχει επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα οι περικοπές στα κονδύλια για την υγεία και οι προκλήσεις που έχουν παρουσιαστεί, όπως κατακερματισμός, ασυνέχεια, υπερκατανάλωση λόγω προκλητής ζήτησης από την πλευρά της προσφοράς, σε συνδυασμό με την κακή διαχείριση των οικονομικών και των προμηθειών των μονάδων παροχής υγείας, που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια, έχουν ως αποτέλεσμα η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα να υστερεί και να μην αποδίδει στους στόχους πρόληψη και αγωγή της υγείας.

Όσον αφορά την πρωτογενή έρευνα, τα αποτελέσματα συμφωνούν με την βιβλιογραφία και τις έρευνες που έχουν παρουσιαστεί σε ότι αφορά τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στη Δημόσια υγεία και την κοινωνικο-οικονομική ζωή γενικότερα (π.χ. μείωση εισοδήματος, υψηλή ανεργία, κ.ά.). Συγκεκριμένα, από την πρωτογενή έρευνα προκύπτει ότι ο πληθυσμός – ασφαλισμένοι, δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, προτιμούν να απευθύνονται σε ειδικευμένο ιατρό όταν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα υγείας και δεν λαμβάνουν αρχικά τη γνώμη γενικού ιατρού ώστε να τους κατευθύνει.

Ακόμη, υψηλό ποσοστό του πληθυσμού θεωρεί ότι οι ασφαλιστικές κρατήσεις είναι υψηλές για την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν και λόγω των μεγάλων καθυστερήσεων στα ραντεβού των ιατρών στα δημόσια ιατρεία, προτιμούν τους ιατρούς που έχουν ιδιωτικά ιατρεία, αλλά είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥ. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε περίπτωση που απαιτηθεί εισαγωγή στο νοσοκομείο και χειρουργική επέμβαση, λόγω των συνθηκών στα δημόσια



νοσοκομεία, την ανεξέλεγκτη και χωρίς κανόνες εμπορευματοποίηση της φροντίδας υγείας, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν τα εμπιστεύονται και προτιμούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σημαντικό στοιχείο είναι και το γεγονός ότι είναι μικρό το ποσοστό των ατόμων που διαθέτει παράλληλα και ιδιωτική ασφάλεια, ενώ αρκετά άτομα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, διέκοψαν τα ασφαλιστικά τους συμβόλαια καθώς δεν διέθεταν τα χρήματα να καλύψουν το κόστος. Είναι όμως σημαντικό ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων θα προτιμούσαν να είχαν την επιλογή να επιλέξουν μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής κάλυψης και εξίσου σημαντικό ότι σε περίπτωση έκτακτων περιστατικών απευθύνονται στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς τα εμπιστεύονται περισσότερο. Τέλος μεγάλο μέρος των ερωτώμενων ενημερώνεται για θέματα υγείας από το διαδίκτυο και συγκεκριμένα από sites με θέματα υγείας και από ειδησεογραφικά sites.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, η πολιτεία πρέπει να επενδύσει σε μέτρα ώστε να δώσει έμφαση στην πρόληψη και όχι μόνο στη θεραπεία. Μάλιστα όπως παρουσιάστηκε ήδη γίνονται προσπάθειες ελέγχου των ιατρικών πράξεων και της φαρμακευτικής αγωγής μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης. Είναι όμως αναγκαίο ακόμη και σε περίοδο οικονομικής κρίσης, να υπάρξει σωστή οργάνωση των φορέων υγείας και να αξιοποιηθούν σωστά τα κονδύλια μέσω προγραμμάτων ΕΣΠΑ, ώστε να υπάρξει αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και να μεταβληθεί η αρνητική εικόνα που έχουν διαμορφώσει οι ασφαλισμένοι.

## **6.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η οικονομική κρίση έχει εντείνει τα προβλήματα που υπήρχαν στο σύστημα υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα και όπως παρουσιάστηκε έχει αναδείξει και νέες προκλήσεις. Είναι λοιπόν αναγκαίο ακόμη και σε αυτήν τη δύσκολη οικονομική περίοδο για την χώρα να γίνουν προσπάθειες ώστε να διατηρηθεί το σύστημα Υγείας στη γραμμή της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού.

Μέσα από την αξιοποίηση της χρηματοδότησης των προγραμμάτων ΕΣΠΑ, πρέπει να εφαρμοστεί ένα μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα των δομών του συστήματος Υγείας, ώστε να εξασφαλιστεί, καταρχάς μια υγιέστερη και περισσότερο βιώσιμη ισορροπία μεταξύ δημόσιων πόρων και των ιδιωτικών δαπανών καθώς και η καθολική πρόσβαση του πληθυσμού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ειδικότερα, τα σημεία στα οποία θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα κατά των σχεδιασμών των πολιτικών μεταρρυθμίσεων στη δημόσια υγεία είναι τα ακόλουθα:

- Επιτήρηση της υγείας και των παραγόντων που την καθορίζουν
- Πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων
- Μείωση των παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα
- Πρόληψη ατυχημάτων
- Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών (π.χ. επιδημίες, κ.ά.)
- Μείωση ανισοτήτων
- Μείωση των εξαρτήσεων
- Διασφάλιση φαρμάκων και θεραπειών για χρόνια νοσήματα (π.χ. καρκίνος)
- Ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας
- Συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα

Συγκεκριμένα ο ανασχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω μία σειράς μεταρρυθμίσεων που ήδη εφαρμόζονται σε άλλες χώρες όπως στην Αγγλία, στην Γερμανία, κ.ά. και έχουν αποδειχτεί αποδοτικές, όπως:

- Πραγματοποίηση τακτικών ερευνών ώστε να υπάρχει παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων κινδύνου που την επηρεάζουν και την επιβαρύνουν.
- Καταγραφή των επιδημιών που εμφανίζονται στην Ελλάδα και αξιολόγηση των σημαντικότερων ασθενειών που πλήττουν τον ελληνικό πληθυσμό.
- Έρευνα για τον τρόπο ζωής του πληθυσμού, με στόχο την ανάληψη πρωτοβουλιών για την διασφάλιση της υγιεινής διαβίωσης.
- Ανασχεδιασμός, συντονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Στόχος πρέπει να είναι η βελτίωση της

ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Μάλιστα είναι αναγκαία η συνεχή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να εντοπίζονται προβλήματα και να λαμβάνονται αποφάσεις για τη άμεση αντιμετώπισή τους.

- Η καταγραφή, αξιολόγηση και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού (Υπουργείο Υγείας, 2014)
- Διάθεση μέρους της χρηματοδότησης από τα προγράμματα ΕΣΠΑ σε δομές για την αντιμετώπιση του εθισμού στα ναρκωτικά και την υποστήριξη ασθενών με AIDS, ώστε να υπάρχει οργανωμένη προσπάθεια για την φροντίδα των ασθενών και κατ' επέκταση την παρακολούθηση και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και παρεμπόδιση της περαιτέρω εξάπλωσής τους.
- Συνεργασία με άλλους φορείς του Δημοσίου (π.χ. Τοπική Αυτοδιοίκηση, Περιφέρεια, κ.ά.), με σκοπό τον έλεγχο των φυσικών πόρων, των αποβλήτων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, κ.λπ., ώστε να διασφαλιστεί η περιβαλλοντική υγεία.
- Πραγματοποίηση αυξημένου υγειονομικού ελέγχου στις πύλες εισόδου της χώρας. Λόγω των μεγάλων εισροών μεταναστών είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν οργανωμένες δομές που θα ασχολούνται με την φροντίδα των μεταναστών από τη στιγμή εισόδου καθώς και τη διάρκεια παραμονής τους στη χώρα. Μάλιστα το κύριο μέτρο που ήδη εφαρμόζεται και πρέπει να συνεχιστεί επιστάμενα είναι ο εμβολισμός (GOVERNMENT, 2016).
- Δικτύωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας - κεντρικών και περιφερειακών - με τις υπηρεσίες ΠΦΥ και τις νοσοκομειακές και εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ και ΠΕΔΥ, με σκοπό την αποτελεσματική εφαρμογή όλων των παραπάνω (Υπουργείο Υγείας, 2014)
- Δημιουργία ειδικών φορέων για την πρόληψη και μείωση των εξαρτήσεων (π.χ. αλκοολισμός, ναρκωτικά, κ.ά.) (Υπουργείο Υγείας, 2014)
- Επένδυση στην απόκτηση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων ώστε να υπάρξει ηλεκτρονική διακυβέρνηση του τομέα υγείας και να μειωθεί το κόστος και ο χρόνος διεκπεραίωσης σημαντικών διαδικασιών, π.χ. καταγραφή

και έλεγχος των τιμολογίων των νοσοκομείων που αποστέλλονται προς πληρωμή στα ταμεία υγείας.

- Πολιτική για συνεργασία με άλλες χώρες (π.χ. εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών σε άλλες χώρες, συνεργασίες με νοσοκομεία του εξωτερικού, κ.ά.)
- Πολιτική για την ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού. Καταρχάς είναι αναγκαίο να υπάρξει οργανωμένο σχέδιο για την εκπαίδευση στελεχών Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας και Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014). Ακόμη προτείνεται η συνεχή κατάρτιση των στελεχών Δημόσιας Υγείας των δημόσιων υπηρεσιών καθώς και του προσωπικού των μονάδων υγείας σε θέματα διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας.
- Αναβάθμιση των υποδομών και του εξοπλισμού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Μάλιστα λόγω της οικονομικής κρίσης και των περιορισμένων κονδυλίων για την υγεία είναι αναγκαίο να δίνεται έμφαση και στην ιδιωτική πρωτοβουλία και πιο συγκεκριμένα στην αναζήτηση χορηγιών για την ενίσχυση στην προσπάθεια αναβάθμισης των υποδομών και την απόκτηση σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.
- Διοργάνωση προγραμμάτων επιμόρφωσης για εκπαιδευτικούς, ώστε να ενημερώνονται σε θέματα Δημόσιας Υγείας και να λαμβάνουν γνώσεις για την αντιμετώπιση περιστατικών όπως τραυματισμοί των παιδιών, λιποθυμίες, μέτρηση σακχάρου, κ.ά. (ESOS, 2018).
- Έλεγχος της σπατάλης με σκοπό την αύξηση των διαθέσιμων πόρων και την αποδοτικότερη χρήση των υπαρχόντων πόρων με στόχο τη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, ο αποτελεσματικός έλεγχος της σπατάλης, της παραοικονομίας και της διαφθοράς θα συμβάλλει στη μείωση του δημοσίου ελλείμματος. Ειδικότερα για την καταπολέμηση της διαφθοράς, το κυριότερο όλων είναι η εφαρμογή μέτρων που θα έχουν ως στόχο την πρόληψη, την καταστολή και την εκπαίδευση των πολιτών. Συγκεκριμένα η πολιτική αντιμετώπισης της αλόγιστης σπατάλης και της διαφθοράς πρέπει να βασίζεται στις εξής αρχές:
  - α) Θέσπιση κατάλληλου συστήματος εσωτερικού ελέγχου στα Δημόσια

Νοσοκομεία.

β) Αξιολόγηση του υφιστάμενου πλαισίου προμηθειών και εφαρμογή συστήματος ελέγχου, ώστε να διασφαλίζεται η διαφάνεια των διαδικασιών και η μείωση του κόστους.

γ) Ενίσχυση των τακτικών ελέγχων στα Δημόσια Νοσοκομεία από τα Σώματα Επιθεώρησης & Ελέγχου της Δημόσιας Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας, 2014).

δ) Εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων Διοίκησης στα Δημόσια Νοσοκομεία, και επιλογή managers για την θέση των Διοικητών (Νικολακόπουλος & Χυδίογλου, 2014).

- Αύξηση των μισθών των ιατρών ώστε να γίνει προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου «φακελάκι» και να δοθεί κίνητρο για την αύξηση της απόδοσής τους και την προσφορά καλών υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.
- Αντιμετώπιση της προκλητής ζήτησης με την εφαρμογή των ακόλουθων μέτρων:
  - Εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε να ασκείται έλεγχος στους ιατρούς και να εφαρμόζονται τα θεραπευτικά πρωτόκολλα.
  - Συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος
  - Επιμόρφωση των ασθενών μέσω έντυπων ή ηλεκτρονικών ενημερωτικών υλικών, ημερίδων με θέμα την αποτελεσματική θεραπεία κάποιων ασθενειών, κ.ά.). Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενημέρωση του κοινού για θέματα υγείας ώστε να γνωρίσουν πως να προστατευτούν και να διαφυλάξουν την υγεία τους, να μπορούν να αντιμετωπίζουν έκτακτα περιστατικά (π.χ. μικροτραυματισμοί, λιποθυμικά επεισόδια, κ.ά.) και την απόκτηση κρίσης για την αποτελεσματικότητα ιατρών, θεραπειών και φορέων υγείας (διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομεία, κ.ά.).
  - Συχνή εκπαίδευση των ιατρών για τις τεχνολογικές εξελίξεις.
  - Εφαρμογή του συστήματος παραπομπής. Συγκεκριμένα ο γενικός ιατρός να κρίνει την ανάγκη φροντίδας του ασθενούς από ειδικευμένο ιατρό (Νικολακόπουλος & Χυδίογλου, 2014).
  - Εφαρμογή του μέτρου «Μειωμένη χρήση του συστήματος υγείας». Πρόκειται για την πρόσφορα έκπτωσης στις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων που κάνουν

περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος υγείας. Είναι ένα μέτρο αυτό εφαρμόζεται στην Γερμανία από το 1991 και πιο συγκεκριμένα, όσοι ασφαλισμένοι χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας μόνο μία φορά το χρόνο για γενικές εξετάσεις, τους προσφέρεται απαλλαγή στην καταβολή ασφαλιστικών εισφορών υγείας ενός μήνα (Νικολακόπουλος & Χυδίογλου, 2014).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η φροντίδα υγείας του πληθυσμού αντανακλά το σύστημα κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζεται σε μία χώρα. Η υγεία είναι ένα πολύτιμο αγαθό που συμβάλλει στην ευημερία των ανθρώπων. Το κράτος έχει την υποχρέωση παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να διασφαλίζεται η υγεία των πολιτών του σε πλαίσιο ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης με κύριο στόχο την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών.

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τον τομέα της υγείας, τόσο σε επίπεδο προσφοράς καθώς λόγω των περιορισμένων πόρων για την υγεία, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και υλικά και έχει μειωθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, όσο και σε επίπεδο μείωσης, αφού η υψηλή ανεργία, η μείωση των εισοδημάτων και το κλίμα οικονομικής αβεβαιότητας στο οποίο διαβιώνουν τα τελευταία χρόνια οι Έλληνες έχουν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τους.

Η οικονομική κρίση αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία των πολιτών αλλά εξίσου σοβαρά είναι τα προβλήματα που υπάρχουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που τα τελευταία χρόνια λόγω της κρίσης έχουν ενταθεί περισσότερο. Όμως οι συνεχείς περικοπές στον τομέα της υγείας, δεν λύνουν το πρόβλημα, αλλά αντίθετα μειώνουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και δημιουργούν αισθήματα ανασφάλειας στους πολίτες. Ακόμη λοιπόν και εν μέσω οικονομικής κρίσης μέσα από συντονισμένη προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας και φορέων υγείας, την αξιοποίηση της χρηματοδότησης των προγραμμάτων ΕΣΠΑ και την ανάληψη των

κατάλληλων μέτρων είναι εφικτό να υπάρξει αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και να διασφαλιστεί η πρόσβαση, η εξάλειψη ανισοτήτων και η πρόληψη μέσω της προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ. Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β. (2009), *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*, Αθήνα, Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης & Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Αλεξιάδης Α., (2003), *Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Δημόπουλου

ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ (2016), *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση - Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

Καϊτελίδου Δ. (2014), *Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας*, Νοσηλευτική, 53(20): 129-132

Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*, Τόμος Α', Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος

Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. (2007), *Δημόσια Υγεία, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*, Αθήνα, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα

Κουρεμένος Α. (2008), *Έρευνα Αγοράς*, Πάτρα, ΕΑΠ

Λιαρόπουλος Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Τόμος Α, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα

Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), *Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, στην Ελλάδα*, Το βήμα του Ασκληπιού: 389-390



Μπατσιάς Φ., Μπλέσιος Ν., Ναζάκης Χ., Τερζίδης Κ., Κατσαλής Α., Μιχαλόπουλος Ν. (2008), *Βασικές Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης*, Πάτρα, ΕΑΠ

Ξάνθης Α., Χατζητόλιος Α. (2006), *Συμβολή της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα, Ιατρικό Βήμα

Παπαδάκης Β. (2012), *Στρατηγική των Επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνή εμπειρία*, Τόμος Α', Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου

Πολύζος Ν. (2014), *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική

Ραγιά Α. (1998), *Βασική Νοσηλευτική - Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*, Αθήνα Ιατρικές Εκδόσεις Γ. Β. Παρισιάνος

Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα - Το ελληνικό παράδοξο*, *Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής*: 663-672

Σταθακόπουλος Σ. (2005), *Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς*, Αθήνα, Εκδόσεις Σταμούλη

Σωτηριάδου Κ., Σαράφης Π., Μαλλιαρού Μ. (2012), *Οικονομική ανάπτυξη και βελτίωση του επιπέδου υγείας*, *Νοσηλεία και Έρευνα*, 34:42-52.

Τούντας Γ., (1998), *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας

Τούντας Γ. (2000), *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία

Τούντας Γ. (2008), *Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία

Υπουργείο Υγείας (2014), *Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020*, Υπουργείο Υγείας, Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ

Υφαντόπουλος Γ. (2006), *Τα οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω –Γιώργος Δαρδάνος

## **ΞΕΝΗ**

Glaser W.A., (1991), *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits and Problems*, San Francisco: Jossey-Bass

Hixon A.L., Maskarinec G.G., *The Declaration of Alma Ata on Its 30th Anniversary: Relevance for Family Medicine Today*, *Fam Med* (2008); 40(8):585-8

Labelle R., Stoddart G., Rice T. (1994), *Response to Pauly on a –re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand*, *Journal of Health Economics*

Labelle R., Stoddart G., Rice T. (1994), *A –re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand*, *Journal of Health Economics*

Ottawa Charter for Health Promotion, (1986), *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa –WHO/HPR/HEP: 95:1

Rice T. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική

Roemer M.I. (1991), *National health systems of the world: The Countries*, Oxford University Press 1

Saiti A., Mylona, V. (2015), *Health Care Human Resources' Planning and Programming Act as a Necessary Tool for the Effectiveness and Strengthening of the Health Care Sector*, *European Journal of Social Sciences Education and Research*, (1): 349-356.

Sen, A. (1999), *Development as freedom*, Oxford University Press

Sen A. (2002), *Why health equity*, *Health Economics*, 11(8): 659-666

Stenberg K., Axelson H., Sheehan P., Anderson I., Gülmezoglu A.M., Temmerman M., Mason E., Friedman H.S., Bhutta Z., Lawn J.E., Sweeny K., Tulloch J., Hansen P., Chopra M., Gupta A., Vogel J.P., Ostergren M., Rasmussen B., Levin C., Boyle C., Kuruvilla S., Koblinsky M., Walker N., Francisco A., Novcic N., Presern C., Jamison D., Bustreo, F. (2014), *Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework*, The Lancet, 383(9925):1333-1354

Tountas Y., Karnaki P., Pavi, E. (2002), *Reforming the reform: The Greek National Health system in transition*, Health Policy, 62(1): 15-29.

World Health Organization (WHO) (2000), *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2002), *The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO), (1992), *Ottawa Charter for Health Promotion, Health Prom*, 1:i-v

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Χλέτσος Μ. (2018), «Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς»,

[http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/oikonomikes\\_litourgies\\_tou\\_kratous/ili\\_mathimatos/oikonomikes\\_litourgies\\_kratous.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/oikonomikes_litourgies_tou_kratous/ili_mathimatos/oikonomikes_litourgies_kratous.pdf)

[πρόσβαση 20/01/2018]

Χλέτσος Μ. (2018), «Οι λόγοι της κρατικής παρέμβασης στο χώρο της υγείας»

[http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/eisagogikes\\_enies\\_oikonomika\\_igias/ili\\_mathimatos/kefalaio3.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_oikonomika_igias/ili_mathimatos/kefalaio3.pdf)[http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/eisagogikes\\_enies\\_oikonomika\\_igias/ili\\_mathimatos/kefalaio3.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_oikonomika_igias/ili_mathimatos/kefalaio3.pdf)

[kp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/eisagogikes\\_enies\\_oikonomika\\_igia\\_s/ili\\_mathimatos/kefalaio3.pdf](http://kp.gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_oikonomika_igia_s/ili_mathimatos/kefalaio3.pdf) [πρόσβαση 20/01/2018]

Κυριόπουλος Γ. (2018) «Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata> [πρόσβαση 20/01/2018]

Κακουλάκης Χ. (2018), «Από τη Οτάβα στη βιώσιμη ανάπτυξη», <http://blogs.sch.gr/chkakoul/archives/88> [πρόσβαση 20/01/2018]

ΜΟΗ.GOV (2018), «Αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας», <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/organogramma/45-armodiothtes-toy-yπουργειoy-ygeias-kai-koinwnikhs-allhleggyhs> [πρόσβαση 10/03/2018]

ΜΟΗ.GOV (2018), <http://www.moh.gov.gr/articles/health/c25-epopteyomenoi-foreis/129-foreis> [πρόσβαση 10/03/2018]

MEDNET (2018), «Νόμος 2519/1997 - Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», <http://www.mednet.gr/eeeeaa/pdf/law-2519-1997.pdf> [πρόσβαση 10/03/2018]

LAWSPOT (2018), «Νόμος 3172/2003 – Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», <https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/nomos-3172-2003> [πρόσβαση 10/03/2018]

DSANET (2018), «Ν.3370/2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», [http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3370\\_05.htm](http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3370_05.htm) [πρόσβαση 10/03/2018]

EUMEDLINE (2018), «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΠΑΤΑΛΗΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΧΡΗΜΑΤΟΣ»  
<http://www.eumedline.eu/post/ethniko-systhma-ygeias-anisothtes-kai-kataspatalhsh-toy-dhmosioy-xrhmatos> [πρόσβαση 10/03/2018]

Μαυρέας Β. (10/02/2011), «Άποψη: Σύστημα βαθιά διεφθαρμένο»,  
<http://www.kathimerini.gr/418279/article/epikairothta/ellada/apoyh-systhma-vaδia-diefθarmeno> [πρόσβαση 10/03/2018]

Γεωργακόπουλος Θ. (03/2016), «Η Υγεία των Ελλήνων και η κρίση – Μια Έρευνα»,  
[http://www.dianecsis.org/2016/03/greek\\_health\\_intro/](http://www.dianecsis.org/2016/03/greek_health_intro/) [πρόσβαση 25/02/2018]

ΜΟΗ.GOV (2008), «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία»,  
<http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs> [πρόσβαση 10/03/2018]

Ξενοφώντος Χ. (14/04/2014), «Κρίση που σκοτώνει – Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα»,  
<http://www.philenews.com/el-gr/f-me-apopsi-eponymes-gnomes/385/194795/krisi-pou-skotonei--i-dimosia-ygeia-stin-ellada>[πρόσβαση 10/03/2018]

ΜΟΗ.GOV (29/01/2016), «Μετανάστευση και υγεία»,  
<http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/3710-ektelestiko-symboylio-p-o-y-laquo-metanasteysh-kai-ygeia-raquo> [πρόσβαση 25/02/2018]

TANEA (02/11/2016), «Η δημόσια υγεία σε κίνδυνο - Καμπανάκι από την Ακαδημαϊκή Κοινότητα»,  
<http://www.tanea.gr/news/greece/article/5403218/tanhmonia-blaptoun-sobara-th-dhmosia-ygeia/>[πρόσβαση 25/02/2018]

Κοντοζαμάνης Β. (01/01/2012), «Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», <http://www.isarkadias.gr/9784/articles/η-επίπτωση-της-οικονομικής-κρίσης-στο/>[πρόσβαση 20/01/2018]

Χλέτσος Μ. (19/08/2015), «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης», <http://www.isoinhealth.com/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou> [πρόσβαση 25/02/2018]

Μούσγας Γ. (2014), «Η διάλυση των νοσοκομείων σε .....αριθμούς», <http://www.imerodromos.gr/nosokomeia-dialysh/> [πρόσβαση 30/03/2018]

TOMY.MOH.GOV(2018), «TOMY», <http://tomy.moh.gov.gr/Help.aspx> [πρόσβαση 30/05/2018]

HUFFINGTONPOST (24/01/2018), «Eurostat: Στο 177,4% του ΑΕΠ το δημόσιο χρέος της Ελλάδας το γ' τρίμηνο του 2017» [https://www.huffingtonpost.gr/entry/eurostat-sto-1774-toe-aep-to-demosio-chreos-tes-elladas-to-y-trimeno-toe-2017\\_gr\\_5a686397e4b0e5630074ee36](https://www.huffingtonpost.gr/entry/eurostat-sto-1774-toe-aep-to-demosio-chreos-tes-elladas-to-y-trimeno-toe-2017_gr_5a686397e4b0e5630074ee36)[πρόσβαση 30/04/2018]

NEWSBOMB (17/10/2017), «Eurostat: Πληθωρισμός 1% στην Ελλάδα το Σεπτέμβριο», <http://www.newsbomb.gr/oikonomia/news/story/829786/eurostat-plithorismos-1-stin-ellada-to-septemvrio> [πρόσβαση 30/04/2018]

KATHIMERINI (01/03/2018), «Ανεργία: Παραμένει «πρωταθλήτρια» στην Ε.Ε. η Ελλάδα, αύξηση στους νέους κάτω των 25» <http://www.kathimerini.gr/951353/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/anergia-paramenei-prwta8lhtria-sthn-ee-h-ellada-ay3hsh-stoys-neoys-katw-twn-25> [πρόσβαση 30/04/2018]

IEFIMERIDA (03/04/2018), «Τρεις στους δέκα άνεργοι η΄ υποαπασχολούμενοι -Οι Έλληνες γιατροί εγκαταλείπουν την Ελλάδα -Πάνω από 1.500 μεταναστεύουν κάθε χρόνο», <http://www.iefimerida.gr/news/407125/oi-ellines-giatroi-egkataleipouyn-tin-ellada-pano-apo-1500-metanasteyoyn-kathe-hrono>[πρόσβαση 30/04/2018]

Νικολακόπουλος Κ., Χυδίογλου Λ. (08/12/2014), «Διεθνείς τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας», [http://aposerres.gr/index.php?page=article&article\\_id=5426](http://aposerres.gr/index.php?page=article&article_id=5426) [πρόσβαση 30/04/2018]

Παπαθεοδώρου Χ, Μουσίδου Α. (2011), «Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας», <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf> [πρόσβαση 30/04/2018]

GOVERNMENT (2016), «ΕΚΘΕΣΗ: Εμβολιασμός σε χώρους διαμονής προσφύγων/μεταναστών Φεβρουάριος 2017», <https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2017/02/Ekthesi-emvoliasmos-prosfygon-2017-02.pdf> [πρόσβαση 25/05/2018]

ESOS (29/04/2018), «Πρόσκληση σε εκπαιδευτικούς σε πρόγραμμα επιμόρφωσης σε θέματα μαθητείας» <https://www.esos.gr/arthra/56619/prosklisi-se-ekpaideytikoys-se-programma-epimorfosis-se-themata-mathiteias>[πρόσβαση 25/06/2018]

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια της έρευνας για τον εντοπισμό της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας που παρέχεται μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ζητείται η συμβολή σας. Σκοπός είναι η ανάδειξη των προκλήσεων με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο το σύστημα υγείας και των ενεργειών που μπορεί να εφαρμοστούν για τον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την αύξηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων. Χρειαζόμαστε μόλις λίγα λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι οι απαντήσεις σας είναι απολύτως εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την βοήθειά σας.

1)Φύλο

Άνδρας  Γυναίκα

2)Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος  Έγγαμος

3)Ηλικία

18-25  26-35  36-45  46-55  56 και άνω

4)Επάγγελμα

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Δημόσιος υπάλληλος

Ελεύθερος Επαγγελματίας

Συνταξιούχος



Άνεργος

5) Επίπεδο Εκπαίδευσης

Απόφοιτος δημοτικού

Απόφοιτος γυμνασίου

Απόφοιτος λυκείου

Τεχνολογική εκπαίδευση

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση

6) Μηνιαίο Εισόδημα

Κάτω από 500€

501€ έως 1000€

1001€ έως 1500€

1501€ έως 2000€

Άνω των 2000€

7) Ασφάλιση

Δημόσια ασφάλιση

Ιδιωτική ασφάλιση

Καμία

Και τα δύο

8) Όσοι διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση, ιεραρχήστε τους ακόλουθους λόγους της επιλογής, χρησιμοποιώντας από το 1 έως το 3:

Αξιοπιστία υπηρεσιών .....

Ειδικευμένο προσωπικό .....

Άμεση ανταπόκριση στο πρόβλημα και παροχή φροντίδας .....

9) Ποιες από τις ακόλουθες λέξεις θεωρείται ότι περιγράφει καλύτερα την υπηρεσία που λάβατε σε πρόσφατη χρήση των υπηρεσιών της ιδιωτικής ασφάλειας (εξετάσεις/νοσηλεία) *(Η ερώτηση αφορά μόνο όσους διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση)*

Οικονομική

Ακριβή

Αποτελεσματική

Μη αποτελεσματική

Εξαιρετική

Απαράδεκτη

Άλλο τι;.....

10) Όσοι δεν διαθέτετε ιδιωτική ασφάλιση, για ποιους λόγους δεν έχετε προχωρήσει στην αγορά ασφαλιστικού συμβολαίου υγείας;

Υψηλό κόστος

Εμπιστοσύνη στους φορείς υγείας του δημοσίου

Απλά δεν έτυχε

11) Είχατε στο παρελθόν ιδιωτική ασφάλεια; *(Να απαντηθεί μόνο από όσους δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλεια)*

Ναι  Όχι

12) Για ποιους λόγους αποφασίσατε να διακόψετε την ιδιωτική ασφάλεια;

Λόγω οικονομικής κρίσης

Μη ικανοποίηση των προσδοκιών

Πρόκληση προβλήματος από την μη σωστή αντιμετώπιση περιστατικού

13) Σε περίπτωση που είχατε την επιλογή, μέσω των εισφορών που διαθέτετε, τι θα επιλέγατε;

Δημόσια ασφάλιση  Ιδιωτική ασφάλιση

14) Όταν σας παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα υγείας απευθύνεστε;

Ειδικό ιατρό

Γενικό ιατρό

Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου

Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικού νοσοκομείου

15) Ποιος από τους ακόλουθους παράγοντες θα μετρούσε περισσότερο στην απόφασή σας να επιλέξετε ένα Ιδιωτικό Νοσοκομείο μεταξύ ενός Δημόσιου (*Παρακαλώ να επιλέξετε μία μόνο απάντηση*)

Οικονομικός παράγοντας

Καλή εξυπηρέτηση

Περιβάλλοντας χώρος (εύκολη πρόσβαση, εγκαταστάσεις, χώρος στάθμευσης, κ.ά.)

○ Ειδικευμένο προσωπικό & ειδικευμένες μέθοδοι θεραπείας

16) Τα ειδικά πακέτα εξετάσεων προληπτικού ελέγχου σε ειδικές τιμές που προσφέρουν συχνά τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιατρικά διαγνωστικά κέντρα κάνουν πιο προσιτές στο κοινό τις υπηρεσίες τους (Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας).

ΣΥΜΦΩΝΩ		ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	
ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ		ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	4	3	2	1

17) Οι «υπηρεσίες κατ' οίκον» (Αιμοληψία, Υπερηχογραφήματα, Triplex) που προσφέρουν τα περισσότερα Ιδιωτικά ιατρικά κέντρα αποτελούν σημαντική βοήθεια για τους ηλικιωμένους και στα άτομα με προβλήματα υγείας (Σημειώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας)

ΣΥΜΦΩΝΩ		ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	
ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ		ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	4	3	2	1

18) Ιεραρχήστε τις ακόλουθες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σύμφωνα με τη σπουδαιότητα που τους αποδίδετε; (Από το 1 έως 3, δηλαδή, 1<sup>η</sup>, 2<sup>η</sup>, 3<sup>η</sup>)

○ Έμπειρο Προσωπικό στις μονάδες Υγείας

○ Αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας (σωστά αποτελέσματα εξετάσεων, σωστή αντιμετώπιση περιστατικών, κ.ά.)

○ Εξοπλισμένες μονάδες υγείας με σύγχρονα μέσα (Μηχανήματα, υλικά, εργαστήρια, κ.ά.)

19) Αντιμετωπίζεται κάποιο χρόνιο νόσημα;

Ναι

Όχι

20) Προσδιορίστε το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζεται;

Κατάθλιψη

Καρκίνος

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II

Οστεοαρθρίτιδα

Καρδιακά προβλήματα

Αρτηριακή υπέρταση

Αγχώδεις Διαταραχές

Αυτοάνοσο νόσημα

Άλλο

21) Είστε ικανοποιημένοι από την κάλυψη που σας παρέχει το σύστημα Υγείας της Χώρας;

Ναι

Όχι