



***Η επιρροή της οικονομικής κρίσης στη λειτουργία
ενός Νοσοκομειακού οργανισμού***

***Η περίπτωση του Νοσοκομείου Πέλλας
(Παράρτημα Γιαννιτσών)***



19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2017
ΛΕΚΟΣΙΩΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ
ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	5
1.1 Τελευταίες εξελίξεις σχετικά με την ύφεση στην Ελλάδα	5
1.2 Επιπτώσεις της κρίσης στο Ε.Σ.Υ.	9
1.3 Το Brain Drain.....	14
1.4 Ιατρικά επαγγέλματα και ανεργία	17
1.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.....	18
1.6 Μνημόνιο στον τομέα της υγείας	20
1.7 Μνημόνιο στους φορείς υγείας	23
1.8 Επιπτώσεις της κρίσης στο υγειονομικό σύστημα	28
1.9 Έρευνες σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ.....	33
2.1 Σύγκριση των συστημάτων υγείας	33
2.1.1 Αγγλοσαξονικό σύστημα.....	34
2.1.2 Κεντρικό – ευρωπαϊκό ή Ηπειρωτικό μοντέλο	35
2.1.3 Σκανδιναβικό μοντέλο.....	36
2.2 Δαπάνες για την υγεία	37
2.3 Κόστος φαρμάκων.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΝΝ ΠΕΛΛΑΣ.....	47
3.1 Προφίλ Ν. Πέλλας.....	47
3.2 Προφίλ της περιοχής των Γιαννιτσών	49
3.3 Νοσοκομεία περιοχής και στατιστικά των ασθενών	50
3.4 Γενικά στοιχεία.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ.....	53
4.1. Μεθοδολογία	53
4.2. Παρουσίαση αυξομειώσεων δεικτών	54
4.2.1. Δείκτης προσωπικού.....	54
4.2.2. Δείκτης κίνησης ασθενών.....	55
4.2.3. Δείκτης ηλικιακής σύνθεσης	56
4.2.4. Δείκτης ωραρίων εργασίας.....	57
4.2.5. Κόστη νοσηλίων.....	58

4.2.6. Προμήθειες.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	61
5.1. Φάσεις έρευνας.....	61
5.2. Καθορισμός πληθυσμού – στόχου.....	62
5.3. Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου	62
5.4. Διακίνηση Ερωτηματολογίου.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	101
7.1 Συμπεράσματα της έρευνας.....	101
7.2 Γενικά συμπεράσματα.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	111
ΒΙΒΛΙΑ	111
ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ	112
PAPERS	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	117

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το καθεστώς της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και της συνεχιζόμενης ύφεσης, αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο συνεχίζει να απασχολεί όλες σχεδόν της χώρες του πλανήτη. Εξαιτίας αυτής της δύσκολης κατάστασης που έχει δημιουργηθεί, παρατηρούνται αρνητικές επιπτώσεις στους περισσότερους από τους κλάδους της οικονομίας και της κοινωνίας γενικότερα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τον τομέα της υγείας. Βάσει μελετών έχει υπολογιστεί πως για την εξυπηρέτηση τμήματος κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας, απαιτούνται χρηματικές δεσμεύσεις για δανειοδοτήσεις, που ξεπερνούν σε ορισμένες περιπτώσεις το 1.1 τρις δολάρια.

Η πίεση βρίσκεται στους ώμους των μη κερδοσκοπικών οργανισμών υγείας, των κυβερνήσεων και των καταναλωτών, αφού όσο η ανεργία δεν αντιμετωπίζεται, τόσο αυξάνεται το άγχος των εργαζομένων, που οδηγεί σε απώλεια θέσεων εργασίας και κατά συνέπεια σε σημαντική μείωση των ασφαλιστικών καλύψεων. Κορυφαίο παράδειγμα αποτελούν οι Η.Π.Α., που σύμφωνα με τα καινούρια οικονομικά στοιχεία φιλοξενούν 47 εκατομμύρια ανέργους.

Δύο σημαντικές συνιστώσες προκύπτουν από την χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Το ότι είναι πολύ σημαντικό να είναι βιώσιμα τα συστήματα κοινωνικής προστασίας και ασφαλιστικών καλύψεων
- ✓ Το ότι θα πρέπει να αναδειχθεί η θεμελιώδης σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών του συστήματος υγείας.

Οι ασφυκτικές πιέσεις που προέρχονται από το επίπεδο της ανεργίας και τα δημόσια ελλείμματα, προκαλούν προβλήματα στον προϋπολογισμό που αφορά την ασφάλιση, στις επιχειρήσεις υγείας του ιδιωτικού τομέα, που αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν πρόβλημα εξυπηρέτησης και ρευστότητας των δανειακών τους αναγκών και στα ιδρύματα που παρέχουν υγειονομική φροντίδα, που ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση.

Στην χώρα μας και υπό του βάρους της οικονομικής κρίσης, η ανάπτυξη της οικονομίας άρχισε να παρουσιάζει σημαντική συρρίκνωση από το 2008 και μετά. Βάση των οικονομικών στοιχείων του ΟΟΣΑ, παρουσιάστηκε ακόμη μεγαλύτερη μείωση το

2009, λόγω της απότομης βουτιάς των εξαγωγών, ενώ αν και είχε προβλεφθεί σταδιακή αλλά αργή ανάκαμψη, από το 2010 και μετά, κάτι τέτοιο δεν έγινε ποτέ πραγματικότητα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ – Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας, η ανεργία στην Ελλάδα το 2009, βρισκόταν ήδη στο 9.6%. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της οικονομίας της χώρας μας, εξακολουθεί να είναι το υψηλό έλλειμμα, αφού περιορίζει τις όποιες επιλογές άσκησης αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής. Χωρίς αυτήν την πολιτική, δεν μπορεί να ενισχυθεί η οικονομία και να στηριχθούμε στις αγορές, ώστε να οδηγηθούμε εκτός της ύφεσης. Από την άλλη, και βάσει των ερευνών της Eurostat, αναμένεται περαιτέρω μείωση του ΑΕΠ της τάξεως του 0.9%.

Επιπροσθέτως, αναμένεται να ενταθούν στον τομέα της υγείας, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, αφού από μελετητές της Ελληνικής οικονομίας προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω αποτελέσματα, επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, αφού σε στατιστικές μελέτες του 2006, το 20.3% των Ελληνικών νοικοκυριών παρουσίαζαν πολύ χαμηλά εισοδήματα. Αυτό το στοιχείο αποτελεί πολύ σημαντική μέτρηση, αφού βάσει της εμπειρίας, τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν φτώχεια, συχνά έχουν να επιδείξουν μέλη με αρκετά και διάφορα προβλήματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στα φτωχά νοικοκυριά παρουσιάζονται χρόνια προβλήματα υγείας κατά 35% περισσότερο, σε σχέση με τα νοικοκυριά που δεν αντιμετωπίζουν τόσο σημαντικά οικονομικά προβλήματα.

Γενικά, αναμένεται αύξηση στα ελλείμματα, τόσο των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας, όσο και των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ανάλογα προβλήματα πρόκειται να αντιμετωπίσει και ο ιδιωτικός τομέας. Λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, μειώνεται η ζήτηση για τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας, με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην χρηματοδότησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Η ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 Τελευταίες εξελίξεις σχετικά με την ύφεση στην Ελλάδα

Αρκετοί μελετητές, προσπαθώντας να κατανοήσουν τα αίτια της Ελληνικής οικονομικής κρίσης, επικεντρώθηκαν στα στατιστικά στοιχεία που αφορούσαν την εξέλιξη του δημόσιου χρέους. Τα συγκεκριμένα στοιχεία όμως, υπάρχει πιθανότητα να ήταν εσφαλμένα, αφού προέρχονταν από την ίδια την κυβέρνηση. Αυτή η προοπτική, αναβαθμίζεται ακόμη περισσότερο, βλέποντας την αμφιλεγόμενη συμφωνία του 2001, μεταξύ της Goldman Sachs και της κυβέρνησης της χώρας μας. Για να καταφέρει η Ελλάδα να τηρήσει τα κριτήρια που καθορίζονταν στην συνθήκη του Μάαστριχτ και να εισέλθει στην Ευρωζώνη το 2002, πραγματοποιήθηκε ένα πλήθος αμφιβόλου αξιοπιστίας πράξεων, που είχαν αντίκτυπο στις συναλλαγματικές ισοτιμίες της διεθνούς αγοράς (Χαρδούβελης, 2012).

Η κυβέρνηση με την σειρά της, υπερασπίστηκε αυτού του είδους την κίνηση, δηλώνοντας διαμέσου του Υπουργού Οικονομικών της, πως η συμφωνία ήταν απολύτως νόμιμη και δεν παραβίαζε σε κανένα σημείο τους κανόνες της Eurostat. Παρά τα όσα αναφέρθηκαν από την Ελλάδα, η όλη κατάσταση αντιμετωπίστηκε με σκεπτικισμό από την παγκόσμια κοινότητα, εκφράζοντας ανησυχίες για την συγκεκριμένη συμφωνία, τις λεπτομέρειές της, καθώς και του ρόλου που είχε να παίζει η Ελλάδα με το να γίνει δεκτή στην Ευρωζώνη.

Σύμφωνα πάντως με τους περισσότερους οικονομολόγους, τα παραπάνω αποτέλεσαν απλώς το έναυσμα της οικονομικής κρίσης χρέους, αφού η πραγματική αιτία βρίσκεται βαθύτερα στην πολιτική και οικονομική σκηνή της χώρας μας.

Βλέποντας τις οικονομικές αναλύσεις, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως, η Ελλάδα από το 1990 μέχρι το 2005, ήταν μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες οικονομίες της Ε.Ε. αφού κατέγραφε ισχυρή αύξηση του ΑΕΠ της, που κατά μέσο όρο έφτανε το 32%, την ώρα που αντίστοιχοι μέσοι όροι των κρατών της Ε.Ε. έφταναν στο 28%. Έτσι, επιτεύχθηκε σημαντική επέκταση της καταναλωτικής πίστης και ζήτησης, εξαιτίας των χαμηλών επιτοκίων και της απελευθέρωσης του χρηματοπιστωτικού τομέα. Λόγω αυτής της κατάστασης η οικονομία παρουσίασε μεγάλης κλίμακας

επενδύσεις, που προκαλούσαν περαιτέρω αύξηση του ΑΕΠ. Η οικονομική ισχυροποίηση της χώρας μας, οδήγησε στην δραστική μείωση του πραγματικού κατά κεφαλήν εισοδήματος μεταξύ της Ε.Ε. – 15 και της Ελλάδος (Στεφανιάδης, 2011).

Δυστυχώς, τα ελλείμματα της οικονομίας άρχισαν να αυξάνονται ταχύτατα, εξαιτίας της φτώχης ανταγωνιστικότητας της Ελλάδας και των κάκιστων κρατικών προγραμματισμών και προϋπολογισμών. Επίσης, λόγω του υψηλού πληθωρισμού, που ξεπερνούσε άλλα κράτη – μέλη της Ε.Ε. και της αύξησης του κόστους εργασίας, έγιναν λιγότερο ανταγωνιστικές οι Ελληνικές εξαγωγές. Αυτό οδήγησε στο να επηρεαστούν οι αριθμοί των εργαζομένων, με την δικαιολογία των μεταποιητικών εταιρειών για την ανάγκη μείωσης του κόστους. Μαζί με τα παραπάνω, αξίζει να αναφερθεί και ο προβληματικός πλέον τουριστικός κλάδος, που μέχρι πρότινος αποτελούσε έναν από τους σημαντικότερους παραγωγικούς τομείς της χώρας, εξαιτίας της κακής ποιότητας εργασίας του τουριστικού τομέα και της σημαντικής αύξησης του κόστους εργασίας (Ταμουραντζής, 2012).

Βάσει διεθνών συγκρίσεων, η αγορά της Ελλάδας παραμένει εξαιρετικά άκαμπτη, παρόλο που πάρθηκαν πρωτοβουλίες, όπως για παράδειγμα η χαλάρωση του περιορισμού που αφορούσε τις υπερωρίες. Σε μία από τις τελευταίες εκθέσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, που σχετιζόταν με την πολυπλοκότητα του δείκτη απασχόλησης και την ρύθμιση της απασχόλησης, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 142 θέση, μεταξύ 178 χωρών που είχαν συμπεριληφθεί. Μιλάμε για στοιχεία που είναι διπλάσια, σε σχέση με τον μέσο όρο που προέκυπτε από τον ΟΟΣΑ (Καρούλια, et al, 2013).

Η ελαστικότητα της αγοράς εργασίας και οι μισθολογικές αυξήσεις που δεν μπόρεσαν να κρατήσουν τον ίδιο ρυθμό με την ανάπτυξη της παραγωγικότητας, συνέβαλλαν στο να παρουσιάζει η Ελληνική οικονομία τόσο κακή ανταγωνιστικότητα. Φυσικά, δεν γίνεται να αγνοηθεί το ότι στους δείκτες πραγματικής παραγωγικότητας της εργασίας, η Ελλάδα παρουσιάζει πολύ καλές επιδόσεις.

Ασυνήθιστα υψηλός ήταν ο αριθμός των ανέργων, αλλά εξίσου υψηλή ήταν και η απώλεια εισοδήματος για εκείνους που εξακολουθούσαν να εργάζονται. Αξίζει να αναφερθεί πως οι εργαζόμενοι έχουν χάσει από την έναρξη της κρίσης και έπειτα, περισσότερες από τις μέσες πραγματικές ακαθάριστες αποδοχές τους, σε σχέση με αυτές που αποκτούσαν κατά τα 9 χρόνια πριν από την ύφεση.

Πιο συγκεκριμένα, από το 2000 έως το 2009 οι μέσες αποδοχές παρουσίαζαν αύξηση κατά 23%, ενώ μέχρι το 2013 παρουσίαζαν μείωση της τάξεως του 9% κάτω από το επίπεδο του 2000. Οι αμοιβές ήταν πολύ υψηλές από το 2000 έως το 2009, στις δημόσιες επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, που σε πραγματικούς όρους έφταναν το +57%, με αποτέλεσμα το 2013 οι απώλειες των πραγματικών αποδοχών να βρίσκονται λίγο πάνω από εκεί που ήταν το 2000 και πιο συγκεκριμένα στο +1%. Από το 2009 έως το 2013, τα κέρδη και οι ζημίες βρίσκονταν κατά μέσο όρο πάνω από το 26%, ενώ με την αύξηση της φορολογικής πίεσης, αφηνόταν να εννοηθεί πως υπήρχαν πιο έντονες απώλειες, μιλώντας σε καθαρούς όρους. Μείωση φυσικά, παρουσιάζουν και τα κέρδη της αυτοαπασχόλησης, αν και σε αυτήν την περίπτωση είναι δύσκολο να εμφανιστούν αξιόπιστα και ξεκάθαρα δεδομένα (Καρούλια, et al, 2013).

Τα παραπάνω, πρέπει να αναφερθεί πως αφορούν κυρίως τον επίσημο τομέα της οικονομίας. Στον ανεπίσημο τομέα, όπου οι εργοδότες έχουν να αντιμετωπίσουν λιγότερους περιορισμούς, όπως για παράδειγμα σε ένα μέρος της βιομηχανίας κατασκευών, του τουρισμού, της γεωργίας και άλλων υπηρεσιών, τα κέρδη είναι σίγουρο πως έχουν μειωθεί ακόμη περισσότερο (Πάπα, 2009).

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1960, είχε κάνει την εμφάνισή της η αποδεκτή εξήγηση ότι με την αύξηση της άμεσης ζήτησης και την ταυτόχρονη παροχή φορολογικών κινήτρων, θα επιτυγχανόνταν οι παρακάτω αποκρίσεις (Καμπόλης & Τραυλός, 2008):

- Η αύξηση της ζήτησης της εργασίας, εξαιτίας κρατικών δαπανών, θα επέφερε τις προϋποθέσεις για ανάπτυξη.
- Θα μειωνόταν το ποσοστό της ανεργίας.
- Οι επιχειρήσεις θα έπρεπε να ανταγωνιστούν για λιγότερους εργαζομένους, έχοντας ως διαπραγματευτικό χαρτί την αύξηση των ονομαστικών μισθών.
- Οι εργαζόμενοι θα είχαν μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ, με αποτέλεσμα να μπορούν να αναζητήσουν υψηλότερες αυξήσεις στους ονομαστικούς μισθούς.
- Θα αυξανόταν το μισθολογικό κόστος.
- Λόγω της αύξησης του μισθολογικού κόστους, οι επιχειρήσεις θα αναγκάζονταν να καλύψουν τις αυξήσεις του κόστους, αυξάνοντας τις τιμές των προϊόντων.

- Τα νοικοκυριά, παρόλο που θα αυξάνονταν οι τιμές των προϊόντων, θα είχαν το απαραίτητο εισόδημα, ώστε να αγοράσουν τα απαραίτητα εμπορεύματα, αφού θα είχε καταπολεμηθεί η ανεργία.
- Εξαιτίας της αναβάθμισης της κατανάλωσης, θα μειώνονταν οι δείκτες ΦΠΑ. Αυτό θα προκαλούσε μείωση του κόστους παραγωγής στις εταιρείες. Οι τελευταίες με την σειρά τους, θα μείωναν τις τιμές των προϊόντων τους.

Η αποκλιμάκωση του πληθωρισμού, έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση του επιπέδου της ανεργίας, κάτι που γίνεται ιδιαιτέρως εμφανές στις περιπτώσεις χωρών όπως η Ελλάδα, που βρίσκονται στην περιφέρεια του Ευρώ. Από το 2010 και έπειτα, έχει παρατηρηθεί μία διακοπή στον ρυθμό ανάπτυξης της ονομαστικής αμοιβής ανά εργαζόμενο. Έτσι, οι αυξήσεις των μισθών είναι αρνητικές και ακολουθούν πολύ στενά την ποσοστιαία μεταβολή της ανεργίας.

Αν και τα χρόνια περνούν, εξακολουθούν να παραμένουν αρνητικές οι μακροοικονομικές προοπτικές της Ελληνικής οικονομίας. Το 2012 συντάχθηκε έκθεση, που ανέφερε πως η Ελληνική κυβέρνηση διαπραγματευόταν με τους πιστωτές της και πιο συγκεκριμένα με την Ε.Ε., το ΔΝΤ και την ΕΚΤ, για ένα νέο πακέτο περικοπών που θα εφαρμοζόταν το 2013 και το 2014 και που θα έφτανε τα 13.5 δις ευρώ. Με την εφαρμογή τους, τα μέτρα αυτά προκάλεσαν το 2013 μείωση του ΑΕΠ επιπλέον 5 με 7%, ενώ η οικονομία εξακολουθούσε να παραμένει σε ύφεση και το επόμενο έτος. Έτσι, από την αρχή της κρίσης η Ελληνική οικονομία παρουσιάζει συρρίκνωση της τάξεως του 30%.

Με σημαντική χρονική καθυστέρηση, ανταποκρίνεται στην ύφεση η απασχόληση, εξαιτίας της νομοθεσίας για την προστασία της εργασίας στην Ελλάδα, που θεωρείται πως είναι αυστηρή από τους κυβερνώντες. Αρχικά, γινόταν προσπάθεια από τις επιχειρήσεις να αποφύγουν το κόστος της απόλυσης των εργαζομένων, ενώ με χρηματοδοτούμενα προγράμματα της κυβέρνησης, που στόχευαν στην διατήρηση της απασχόλησης, μετριάστηκε κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης η αρνητική οικονομική επίδραση στην εργασία. Οι απώλειες για τους εργαζομένους πρωτοβάθμιας και κατώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εκτιμήθηκε πως έφταναν τις 6.8 μονάδες, για τους εργαζομένους της ανώτερης δευτεροβάθμιας και μετα – δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έφταναν τις 7.1 μονάδες και για τους εργαζομένους απόφοιτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έφταναν τις 8 μονάδες. Παρόλο λοιπόν που πλήττονται όλες

οι εργασιακές ομάδες, εντούτοις πλήττονται περισσότερο εκείνες που διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Krugman, et al, 2012).

Από το 2000 μέχρι το 2008, δεν σημειώθηκε ουσιαστική μείωση του ποσοστού της ανεργίας της Ελληνικής οικονομίας, αλλά από το 2009 και μετά, αυξήθηκε σταδιακά και έφτασε το 2011 να ξεπερνάει το αντίστοιχο ανώτερο επίπεδο ανεργίας που είχε καταγραφεί το 2000 (17.7%). Από το 2008, το ποσοστό ανεργίας των ανδρών έχει τριπλασιαστεί, αφού ήταν στο 5.1% και έφτασε στο 15% το 2011. Οι γυναίκες αντίθετα, παρουσίασαν μία απότομη αύξηση του ποσοστού ανεργίας τους, αλλά κατά μέσο όρο φαίνεται να επηρεάστηκαν λιγότερο από την οικονομική κρίση, αφού από το 11.4% που βρίσκονταν το 2008, έφτασαν στο 21.4% το 2011. Λόγω αυτών των αρνητικών εξελίξεων, το χάσμα που υπήρχε στους δείκτες ανεργίας μεταξύ των δύο φύλων, καλύφθηκε ως ένα βαθμό. Εάν πάρουμε ως δεδομένο την ηλικία, τότε οι νέοι είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα εργασιακά προβλήματα, αφού σε όλες τις στατιστικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, φαίνεται πως έχουν πληγεί περισσότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (Χαρδούβελης, 2012).

Η χαμηλή ειδίκευση έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο, στην έντονη αύξηση της ανεργίας σε τομείς όπως ο κατασκευαστικός και το λιανικό εμπόριο. Λόγω της ισχυρής κατάρρευσης της στεγαστικής αγοράς, ο κατασκευαστικός τομέας δέχθηκε ένα βαρύτατο πλήγμα, που δεν μπόρεσε ποτέ να ξεπεράσει, αφού πλέον δεν μπορούσε να προσελκύσει ξένα κεφάλαια. Από την άλλη στο λιανικό εμπόριο παρατηρήθηκε σοβαρότατη μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων, που οδήγησε στις περικοπές των μισθών. Με την μείωση των θέσεων εργασίας, δημιουργήθηκε πρόβλημα στην ηλικιακή ομάδα των νέων, που υπερ – εκπροσωπούνταν από συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Έτσι, όσο οι εργοδότες προσπαθούσαν να προσαρμοστούν στα δεδομένα της οικονομικής κρίσης, οι προσωρινές θέσεις εργασίας μειώνονταν σε μεγάλο βαθμό, αυξάνοντας δυσανάλογα τα επίπεδα της ανεργίας.

1.2 Επιπτώσεις της κρίσης στο Ε.Σ.Υ.

Μέσα στα τριάντα χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. – Εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν έχει υλοποιηθεί το σύνολο των στόχων του. Υπάρχει μία σημαντική εκκρεμότητα που

αφορά την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ιδιαιτέρως στην ύπαιθρο, όπου παρουσιάζεται ελεύθερη πρόσβαση τόσο στα κέντρα υγείας, όσο και στα περιφερειακά ιατρεία.

Το σύστημα των εφημεριών λειτουργεί εξαιρετικά στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια βαθμίδα φροντίδας υγείας, καθ' όλη την διάρκεια του χρόνου, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει αποκλειστική απασχόληση των ιατρών, υψηλού επιπέδου περιφερειακά αποκεντρωμένη διοίκηση και άσκηση ολοκληρωμένου ελέγχου από το σώμα επιθεωρητών υγείας και πρόνοιας.

Το Ε.Σ.Υ. όμως είναι αναγκασμένο να αντιμετωπίζει και σοβαρότατα προβλήματα όπως (Πιορουλος & Πριπορας, 2011):

- Η ανεπάρκεια των υποδομών
- Ο ελλειμματικός προγραμματισμός των προσλήψεων
- Τα περιφερειακά νοσοκομεία
- Οι πεπαλαιωμένοι εσωτερικοί οργανισμοί
- Η έλλειψη των κατάλληλων υλικών, που οφείλεται σε χρέη προς τους προμηθευτές που έχουν συσσωρευθεί, λόγω της κακοδιαχείρισης των ήδη ελλειμματικών προϋπολογισμών
- Οι ελλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού
- Οι αντιδράσεις του ιατρικού προσωπικού στις αλλαγές και στις ανακατανομές εντός των νοσοκομειακών μονάδων και των γεωγραφικών ορίων που έχουν σχέση με την πρωτεύουσα και την επαρχία.

Θεωρείται επιβεβλημένη η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού, ώστε να ξεπεραστούν τα αρνητικά αισθήματα που προκύπτουν από την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση, όπως η απαισιοδοξία, η πτώση του ηθικού, η οργή, η ανασφάλεια και η παραίτηση.

Τα τελευταία τρία χρόνια, έχει καταγραφεί από τον ΙΣΑ – Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας, να εγκαταλείπουν την χώρα μας τουλάχιστον 4.000 γιατροί. Μιλώντας με συγκεκριμένους αριθμούς, το 62.5% των ιατρών που μεταναστεύουν είναι εξειδικευμένοι επαγγελματίες που ψάχνουν απεγνωσμένα για απασχόληση, έχοντας ολοκληρώσει την βασική τους εκπαίδευση και την ειδικότητά τους. Εξαιτίας της συνεχιζόμενης ύφεσης, οι νέοι γιατροί μένουν με ελάχιστες επιλογές στα χέρια τους,

αφού δεν επιτυγχάνεται η περαιτέρω απορρόφησή τους στον ιδιωτικό τομέα και στο Ε.Σ.Υ. (Tsounis, et al., 2014).

Από τα επίσημα στοιχεία που προέρχονται από τον ΙΣΑ, αποκαλύπτεται η ανησυχητική έκταση που έχει πάρει το φαινόμενο της κρίσης στην υγεία:

- Το 2010, 517 ειδικευμένοι και 318 ανειδίκευτοι γιατροί άφησαν τον ΙΣΑ.
- Το 2011, άλλοι 1.280 ακολούθησαν.
- Το 2012, 1.166 ειδικευμένοι και 642 ανειδίκευτοι εγκατέλειψαν επίσης τον σύλλογο.

Από το 2007 μέχρι το 2009, υπολογίστηκε πως περισσότεροι από 1.635 γιατροί άφησαν τον ΙΣΑ, που αποτελεί τον μεγαλύτερο ιατρικό σύλλογο της χώρας μας (Πιορούλος & Πρίπορας, 2011).

Στην Ελλάδα του σήμερα, ο νέος γιατρός βρίσκεται αναγκασμένος να επιλέξει μία από τις δύο επιλογές, δηλαδή είτε την μετανάστευση, είτε την ανεργία, μέχρι να προσληφθεί ή να ανοίξει δικό του γραφείο. Σε αυτό το αδιέξοδο, έχει οδηγήσει τόσο η οικονομική κρίση, όσο και η έλλειψη ορθού σχεδιασμού του απαιτούμενου προσωπικού στον τομέα της υγείας. Δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που οι γιατροί έφευγαν από την Ελλάδα για το εξωτερικό, μόνο για να παρακολουθήσουν επιπλέον σπουδές. Τώρα φεύγουν καθαρά για τον βιοπορισμό τους. Αξίζει όμως να αναφερθεί πως αποχωρούν καθημερινά από μία χώρα που χάνει συνεχώς στην ποιότητα των επιπέδων υγείας της.

Είναι γεγονός πως από το 2010 και μετά, ο αριθμός των γιατρών που αφήνουν την Ελλάδα για μία καλύτερη επιλογή στο εξωτερικό ολοένα και αυξάνεται. Χαρακτηριστικό είναι το στοιχείο που θέλει από το 2011 και μετά, τουλάχιστον 5.406 γιατροί να έχουν μεταναστεύσει σε κάποια άλλη χώρα (Labrianidis & Vogiatzis, 2013).

Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί για τους Έλληνες γιατρούς που αποφασίζουν να αφήσουν την χώρα μας, είναι η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία, αν και οι περισσότεροι εξ αυτών επιλέγουν το Ηνωμένο Βασίλειο σαν τελικό τους εργασιακό προορισμό.

Τα παραπάνω προέρχονται από επίσημα στοιχεία, αφού με την απογραφή των γιατρών του Ιανουαρίου 2013, αποκαλύφθηκε ότι περίπου 1.327 γιατροί εργάζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο, 290 βρίσκονται στην Γερμανία και 137 στην Σουηδία.

Ένας πιο μικρός αριθμός Ελλήνων ιατρών προτιμάει χώρες όπως οι Η.Π.Α., τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, την Ελβετία, την Σαουδική Αραβία, την Γαλλία, την Δανία, την Φινλανδία, την Νορβηγία και την Ρουμανία (Labrianidis & Vogiatzis, 2013).

Για να υπάρξει κινητοποίηση όλων των μελών του ιατρικού προσωπικού, είναι αναγκαίο κάθε επαγγελματική κατηγορία να κατανοήσει τα βαθύτερα προβλήματα του τομέα της.

Λόγω της μακράς περιόδου ευημερίας, τα γεγονότα της κρίσεως αντιμετωπίζονται με έντονη άρνηση, με αποτέλεσμα να αποτελεί συχνό φαινόμενο η μη αποδοχή των ευθυνών από τις διάφορες ιατρικές μονάδες του τομέα της υγείας. Πολλές φορές, οι γιατροί δεν φαίνονται διατεθειμένοι να ασχοληθούν ή να σεβαστούν την κατάσταση του ασθενούς, αφού η αποκατάσταση των πολιτών μοιάζει σαν κάτι το δευτερεύον για αυτούς. Έχει αποδειχθεί πως είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρεθούν τα κατάλληλα κίνητρα, ώστε να παρακινηθεί κάποιος να υπερβεί τον εαυτό του χωρίς να υπάρχουν ουσιαστικά αντικρίσματα, όπως είναι για παράδειγμα η υψηλή χρηματική αμοιβή.

Όσα προηγήθηκαν αποτελούν κομμάτια ενός γενικότερου αρνητικού κλίματος, που περιλαμβάνει την συναισθηματική και ουσιαστική απόρριψη του συνόλου του πολιτικού συστήματος, την απαξίωση των πολιτικών, τον φόβο για την επόμενη μέρα, την απαισιοδοξία και την ανασφάλεια. Στα μάτια των πολιτών, οι πολιτικοί αποτελούν άβουλα πλάσματα, χωρίς τόλμη, όραμα και πυγμή, με αποτέλεσμα να χρεώνονται όλα τα στραβά που έχει να παρουσιάσει η Ελλάδα.

Η συγκεκριμένη εικόνα μοιάζει να κυριαρχεί στις συνειδήσεις όλων των Ελλήνων πολιτών, με τον κλάδο της υγείας να μην αποτελεί εξαίρεση. Οι γιατροί που προσπαθούν να προσφέρουν στο σύστημα, βρίσκονται μονίμως σε μία παρασκηνιακή κατάσταση και θεωρούν πως παλεύουν με τα κύματα εν μέσω μίας καταγίδας δίχως τέλος, που στο τέλος θα τους παρασύρει στην δίνη της.

Υπάρχουν πολλά προβλήματα που αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν σε καθημερινή βάση αυτοί οι γιατροί όπως, ο έντονος λαϊκισμός από τα ΜΜΕ, η έλλειψη

συμπαράστασης από μέρους της κρατικής μηχανής και της πολιτείας, η απαξίωση του επαγγέλματός τους εξαιτίας των μεμπτών πράξεων κάποιων συναδέλφων τους, η αγνωμοσύνη και η συκοφάντηση.

Στην κοινή γνώμη, οι γιατροί παρουσιάζονται ως επιχειρηματίες που στοχεύουν αποκλειστικά στο κέρδος, αφού λόγω των παραβατικών και ατιμώρητων συμπεριφορών των συναδέλφων τους, έχει απαξιωθεί η εικόνα τους ως λειτουργών που προσφέρουν με ανιδιοτέλεια τις υπηρεσίες τους. Στην συνείδηση των πολιτών, η εικόνα του συστήματος υγείας είναι διαβρωμένη, ενώ πλέον δεν υπάρχει εμπιστοσύνη και στις ικανότητες των γιατρών.

Τα δεδομένα για την κατάσταση της υγείας των Ελλήνων πολιτών θα είναι διαθέσιμα σε λίγα χρόνια από τώρα, οπότε θα είναι ασφαλέστερη η σύγκριση και η εξαγωγή συμπερασμάτων, με την περίοδο πριν το ξέσπασμα της κρίσης, ώστε να αποκαλυφθούν οι ακριβείς συνέπειες της συνεχιζόμενης ύφεσης στον κλάδο της υγείας. Αξίζει να αναφερθεί πως η διεθνής βιβλιογραφία, ασχολείται σε μεγαλύτερο βαθμό αυτήν την περίοδο με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Πιο συγκεκριμένα, υπολογίστηκε πως οι βασικότερες και πιο σημαντικές επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας ήταν:

- Οι μεταρρυθμίσεις στην φαρμακευτική αγορά. Συμπεριλαμβάνονται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η προώθηση γενόσημων φαρμάκων, οι ελλείψεις στην προμήθεια φαρμάκων και οι μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες.
- Οι υψηλές περικοπές των δημοσίων δαπανών που σχετίζονται με την υγεία. Συμπεριλαμβάνονται οι μειώσεις στις αμοιβές των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας, οι μειώσεις στις συντάξεις, η ελαχιστοποίηση του υγειονομικού προσωπικού, οι μειώσεις στην αγορά προμηθειών ιατρικών προϊόντων, η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως ενιαίου φορέα ασφάλισης και το κλείσιμο ή η συγχώνευση αρκετών μονάδων υγείας.

Όλα τα παραπάνω, συνέπεσαν χρονικά ή ακόμη και οφείλονταν σε χρόνιες εκρεμότητες που παρουσίαζε το Ε.Σ.Υ. σε ζητήματα όπως αυτά της αποδοτικότητας, της δομής, της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας, της αξιολόγησης, του ελέγχου,

της διαφθοράς, της μηχανοργάνωσης και της διοίκησης. Αυτά τα ζητήματα εδραιώθηκαν, όσο περνούσαν τα χρόνια, στο κοινωνικό σύνολο προκαλώντας την σταδιακή απαξίωση του ρόλου του Έλληνα γιατρού ως λειτουργού – επαγγελματία. Ταυτόχρονα, δημιουργήθηκαν αισθήματα δυσφορίας και οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς, ενώ λόγω των μη καταγεγραφέντων παράνομων συναλλαγών, εμφανίστηκαν υψηλές δημόσιες δαπάνες που σχετίζονταν με την υγεία.

Από την άλλη, έχει μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των εισαγωγών σε ιδιωτικές μονάδες υγειονομικής φροντίδας και στον αντίποδα, έχει αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία, εξαιτίας της μεγάλης οικονομικής δυσκολίας των ασθενών να συμβάλλουν στην φροντίδα της υγείας τους με προσωπικά τους έξοδα.

Στις μελέτες έχει επίσης τονιστεί η αναγκαιότητα του όλοι να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας, καθώς και το ότι πρέπει οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αναβαθμιστούν, κυρίως στις μέρες μας, αφού τώρα είναι η περίοδος όπου έχουν πληγεί στον μέγιστο βαθμό τα νοικοκυριά που παρουσιάζουν χαμηλότερα εισοδήματα.

Τόσο από την παγκόσμια βιβλιογραφία, όσο και από τις εκθέσεις και τις μελέτες, από το 2009 και μετά εμφανίζονται ιδιαίτερος ανησυχητικά σημάδια πως η κρίση έχει επιφέρει και αναμένεται να επιφέρει ακόμη σοβαρότερες επιπτώσεις στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης και στον κλάδο της υγείας.

Στα γραπτά τους, οι ερευνήτριες Κουτσογιώργου και Σίμου, τονίζουν πως η οικονομική κρίση, πέραν της απειλής, θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως ευκαιρία να πραγματοποιηθούν οικονομικές και κοινωνικές μεταρρυθμίσεις. Αυτό θα οδηγούσε στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και στην καλύτερη πρόσβαση των ασθενών, ενώ επιπροσθέτως θα λειτουργούσε σαν καταλύτης βελτιώσεων, επιβολής κανονισμών και μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας, που πρώτου ξεσπάσει η κρίση αναβάλλονταν συνεχώς και «κρύβονταν προσεκτικά κάτω από το χαλάκι».

1.3 To Brain Drain

Είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο τα τελευταία χρόνια, οι Έλληνες επιστήμονες να εγκαταλείπουν την χώρα μας, για να βρουν καλύτερες εργασιακές συνθήκες στο εξωτερικό. Αυτό το γεγονός δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικό και για τους απόφοιτους των Ιατρικών σχολών.

Βάσει του ΙΣΑ – του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, μόνο τα τελευταία επτά χρόνια, οι Έλληνες γιατροί που μετανάστευσαν στο εξωτερικό για να αντιμετωπίσουν θετικότερες συνθήκες εργασίας, άγγιξαν τους 7.500 (Ifanti, et al., 2014).

Από τότε λοιπόν που ξεκίνησε η οικονομική κρίση, περισσότεροι από 10.000 εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων του τομέα της υγείας, όπως για παράδειγμα γιατροί και νοσηλευτές, βρήκαν εργασία στο εξωτερικό, βάσει των πιστοποιητικών που εκδίδονται από τον ΙΣΑ.

Μέχρι το 2009, η όποια διαρροή γιατρών από την Ελλάδα προς το εξωτερικό, αφορούσε κυρίως απόφοιτους των ιατρικών σχολών που μόλις είχαν ολοκληρώσει την πρακτική τους και επιθυμούσαν να ειδικευτούν σε νοσοκομεία του εξωτερικού. Λίγο πρωτού ξεσπάσει η κρίση λοιπόν, περίπου 500 γιατροί κατά μέσο όρο άφηναν την Ελλάδα κάθε χρόνο, και πιο συγκεκριμένα 200 ειδικευμένοι και 300 ανειδίκευτοι, ενώ περίπου ίδιος ήταν ο αριθμός για τους νοσηλευτές και το λοιπό ιατρικό προσωπικό (Πιορουλος & Priporas, 2011).

Από το 2010 και μετά, το σκηνικό αλλάζει, αφού μόνο εκείνη την χρονιά πάνω από 2.000 άτομα που ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό αφήνουν την Ελλάδα για να μεταβούν στο εξωτερικό, με τα Ελληνικά νοσοκομεία να μετρούν εκατοντάδων υπαλλήλων απώλειες. Ακόμη και τότε όμως, το μεγαλύτερο κύμα φυγής δεν είχε γίνει πραγματικότητα. Από το 2011 μέχρι τις μέρες μας, υπολογίστηκε πως περίπου 5.500 παθολόγοι έφυγαν από την χώρα μας για να αναζητήσουν εργασία. Στην εποχή μας πλέον, οι απώλειες δεν αφορούν τόσο την απώλεια νέων γιατρών, όσο ειδικευμένων. Οι κύριες αιτίες πίσω από αυτό το φαινόμενο, βρίσκονται στις μεγάλες περικοπές των αμοιβών, στην αδυναμία των γιατρών να προσδώσουν καινοτομία σε μία συνεχώς συρρικνούμενη και ταυτόχρονα κορεσμένη αγορά εργασίας, στις πενιχρές ευκαιρίες του στάσιμου ιδιωτικού τομέα της υγείας και στις ανεπιθύμητες αλλαγές του συστήματος υγείας (Gaki, et al., 2013).

Το ποσοστό των μεταναστών Ελλήνων επιστημόνων, αυξήθηκε από τους 2.000 σε 2.500 ετησίως από το 2010 και μετά, εξαιτίας της αναχώρησης ειδικών και ανειδίκευτων γιατρών από την Ελλάδα προς τα νοσοκομεία του εξωτερικού και πιο συγκεκριμένα σε νοσοκομεία και κλινικές στην Βόρεια Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το 2013, καταγράφηκαν 1.500 Έλληνες γιατροί να αφήνουν την Ελλάδα για την Βρετανία, ενώ είναι δεκάδες οι εργαζόμενοι που ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό, που μετανάστευσαν σε άλλες χώρες όπως ο Καναδάς, οι Η.Π.Α., η Γαλλία, η Αυστραλία, η Νορβηγία, η Σουηδία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία, τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, η Σαουδική Αραβία, η Δανία και η Κίνα (Πιορουλος & Priporas, 2011).

Από τις παραπάνω απώλειες, υπάρχουν κάποιοι γιατροί που δεν έχουν εξειδικευτεί και μόλις ολοκληρώσουν την διαδικασία, αναμένεται να επιστρέψουν, ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί που ήδη εργάζονται στο εξωτερικό, αναμένεται να μην επιστρέψουν καθόλου. Φυσικά, μειώνεται όλο και περισσότερο ο αριθμός των φοιτητών που εισάγονται στις ιατρικές σχολές της χώρας μας, αφού παρατηρούνται ακόμη και εκεί απώλειες, λόγω του ότι υπάρχουν φοιτητές που αποφασίζουν να σπουδάσουν στο εξωτερικό. Αυτό συμβαίνει διότι έχουμε την ύπαρξη συναφών ιατρικών σχολών και συναφών επαγγελματιών του ιατρικού τομέα, που προσφέρουν στους Έλληνες φοιτητές αμεσότητα της πρόσβασης στην αγορά και υψηλά αμοιβώμενη εργασία.

Τέτοιες περιπτώσεις είναι οι γειτονικές Ρουμανία και Βουλγαρία, αφού βλέπουμε πολλούς υποψήφιους φοιτητές των ιατρικών σχολών να μεταναστεύουν σε αυτές, αφού προσφέρουν ένα αναγνωρίσιμο σε παγκόσμιο επίπεδο πιστοποιητικό, που όμως είναι και πολύ φθηνότερο για να το παρακολουθήσουν σε σχέση με την χώρα μας (Πιορουλος & Priporas, 2011).

Ακόμη και πρόσφατες στατιστικές μελέτες και έρευνες, αποκαλύπτουν πως πολλοί Έλληνες γιατροί, αποχωρούν στο εξωτερικό για να εργαστούν και να εγκατασταθούν, υπό του φόβου των περιορισμένων μελλοντικών ευκαιριών και των περικοπών σε μισθούς και συντάξεις.

Το κύμα φυγής που ξεκίνησε το 2010, μοιάζει να μην έχει τέλος, αφού καθημερινά όλο και περισσότεροι γιατροί επιλέγουν την λύση του εξωτερικού, ώστε να εργαστούν ή να ολοκληρώσουν την ειδίκευση και την εκπαίδευσή τους. Οι πιο πρόσφατες και συχνές επιλογές των Ελλήνων ιατρών είναι οι βόρειες χώρες της Ευρώπης και τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (Labrianidis & Vogiatzis, 2013).

1.4 Ιατρικά επαγγέλματα και ανεργία

Από τα στοιχεία που προκύπτουν από τον ΟΑΕΔ, περίπου 4.000 γιατροί είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ως άνεργοι, ακόμη και μόλις 18 μήνες μετά το δικαίωμα εγγραφής τους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν περίπου 3.821 γιατροί που είναι επίσημα άνεργοι, με τους 1.259 να έχουν δικαίωμα λήψης επιδόματος ανεργίας που μετά βίας αγγίζει τα 360 ευρώ το μήνα.

Αξίζει να αναφερθεί πως από τις εκτιμήσεις του ΟΑΕΔ προκύπτει ότι εάν δεν είχαν φύγει μαζικά για το εξωτερικό τόσοι πολλοί ειδικευμένοι και ανειδίκευτοι γιατροί, ο αριθμός των εγγεγραμμένων άνεργων γιατρών στα μητρώα του οργανισμού θα ήταν ακόμη μεγαλύτερος. Πριν από 18 μήνες περίπου, δόθηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα στους γιατρούς να εγγραφούν στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ. Φυσικά, δεν ισχύει το επίδομα ανεργίας για αυτούς που κάνουν ακόμη το αγροτικό τους, ακόμη και εάν λήξει η σύμβασή τους. Οι περισσότεροι από τους άνεργους γιατρούς της χώρας μας, απλά περιμένουν να ανοίξει η θέση σε κάποιο νοσοκομείο, στην ειδικότητα που επιθυμούν να ακολουθήσουν.

Η σχολή της ιατρικής είναι η μοναδική σχολή της Ελλάδος, όπου ο φοιτητής θα πρέπει να την παρακολουθήσει για τουλάχιστον έξι χρόνια, ενώ οι πτυχιούχοι δεν μπορούν να εργαστούν άμεσα, αφού προηγείται η ειδικότητά τους. Κανείς πτυχιούχος της ιατρικής δεν μπορεί απλά να εργαστεί ή να ανοίξει δικό του γραφείο. Επίσης, η ιατρική σχολή είναι η μοναδική στην χώρα, όπου το κράτος είναι υποχρεωμένο να απασχολήσει τους πτυχιούχους της, για όσο διαρκεί η ειδικότητά τους, δηλαδή για τα επόμενα πέντε με έξι χρόνια μετά την λήψη του πτυχίου. Για να κατανοηθεί καλύτερα το παραπάνω, μπορεί να αναφερθεί το παράδειγμα των φιλολόγων, που το κράτος δεν είναι αναγκασμένο να τους προσλάβει σε κάποιο σχολείο, μετά την λήψη των πτυχίων τους. Στην περίπτωση των ιατρικών επαγγελμάτων, το κράτος αναλαμβάνει την ειδικότητά τους, η οποία είναι αμοιβώμενη, αλλά ο χρόνος έναρξής της δεν είναι δεσμευτικός για το δημόσιο.

Μαζί με τα παραπάνω που αναφέρθηκαν, υπάρχει και το πρόβλημα της μεγάλης αναμονής, αφού κάποιος ου ολοκλήρωσε την ιατρική, θα πρέπει να παραμείνει άνεργος υποχρεωτικά, έως ότου αποφασιστεί να ξεκινήσει την ειδικότητά του, αν και στο

νοσοκομείο που αναμένεται να εργαστεί είτε στην Ελλάδα, είτε στο εξωτερικό, μπορεί να έχει ελεύθερες θέσεις που να συμπεριλαμβάνουν την ειδικότητά του.

1.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών

Κάποιες από τις εντονότερες επιπτώσεις της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην δημόσια υγεία των Ελλήνων, αλλά και την υγειονομική περίθαλψη της χώρας μας είναι η υποστελέχωση των δομών της δημόσιας υγείας, τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών, η έξαρση των μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως το AIDS και τα κρούσματα κατάθλιψης. Τα παραπάνω πηγάζουν από τα στοιχεία μίας πρόσφατης μελέτης που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Health Policy» από την κ. Έφη Σίμου, ερευνήτρια του τομέα επιδημιολογίας και βιοστατικών μελετών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Η συγκεκριμένη επιστημονική μελέτη των Σίμου και Κουτσογιώργου, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Health Policy» με τίτλο «Effects of economic crisis on health and health care in Greece», καταγράφει συστηματικά για πρώτη φορά όλα τα δημοσιευμένα δεδομένα της παγκόσμιας επιστημονικής βιβλιογραφίας, σχετικά με τις επιδράσεις της κρίσης και της συνεχιζόμενης ύφεσης, τόσο στον κλάδο της υγείας, όσο και στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, από το 2009 έως το 2013.

Βάσει της μελέτης, το Εθνικό Σύστημα Υγείας που ήδη έπασχε στους τομείς της οργάνωσης, της παροχής υπηρεσιών και της χρηματοδότησης, υποβαθμίστηκε ακόμη περισσότερο εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που επιβλήθηκαν από τις μνημονιακές πολιτικές των τελευταίων κυβερνήσεων. Έτσι, οδηγηθήκαμε στην τραγωδία της Ελληνικής δημόσιας υγείας, όπως αναφέρεται σε όλες τις πρόσφατες δημοσιογραφικές και επιστημονικές δημοσιεύσεις, λόγω των διογκωμένων προβλημάτων της δημόσιας υγείας και των έντονων αρνητικών επιπτώσεων σε όλους τους τομείς του συστήματος.

Η μελέτη στηρίχθηκε στην καταγραφή του συνόλου των προβληματισμών της επιστημονικής κοινότητας σχετικά με τον κλάδο της υγείας για ζητήματα, όπως τα εμπόδια της αναδιάρθρωσης της υγειονομικής περίθαλψης, τους δείκτες ή τις τάσεις υγείας που αναμένεται να διαφοροποιηθούν ή να εμφανιστούν εξαιτίας της κρίσης και το πως μπορούν να αντιμετωπισθούν τα εμπόδια και οι γενικότερες αρνητικές επιπτώσεις, ώστε εν τέλει να ωφεληθεί η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.

Γενικά έχει παρατηρηθεί να υπάρχει έλλειψη πρόσφατων και επικαιροποιημένων δεδομένων, σχετικά με την αξιολόγηση των βαθύτερων επιπτώσεων της κρίσης στον κλάδο της υγείας, αφού όλες οι χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο καθυστερούν να δημοσιεύσουν τα δεδομένα τους για την νοσηρότητα και την θνησιμότητα του πληθυσμού τους. Στην μελέτη αυτή, γίνεται μία προσπάθεια καταγραφής των πρώιμων ή αναμενόμενων επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης και της υγείας γενικότερα.

Βάσει της επιστημονικής βιβλιογραφίας βγαίνει το συμπέρασμα πως η κρίση έχει σοβαρότατες επιπτώσεις στην δημόσια υγεία των πολιτών, ενώ μπορεί να έχει και ακόμη πιο σοβαρές στο μέλλον. Η καθημερινότητα των Ελλήνων έχει αναστατωθεί, ενώ η ψυχική υγεία τους χειροτερεύει συνεχώς, λόγω και της αυξανόμενης ανεργίας.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την δυσφορία και τον ψυχολογικό πόνο των Ελλήνων πολιτών όπως για παράδειγμα, οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία, η αβεβαιότητα της επόμενης μέρας, η επαγγελματική ανασφάλεια και η ανικανότητα ελέγχου της ζωής. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα περιπτώσεων κατάθλιψης, σε τάσεις ενδοοικογενειακής και όχι μόνο βίας και σε τάσεις αυτοκτονίας. Όλα αυτά προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία τόσο των ενηλίκων, όσο και των παιδιών και εφήβων.

Η μείζονα κατάθλιψη αποκαλύφθηκε ότι σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κρίση, αφού εάν συγκρίνουμε τα έτη 2008 και 2011, ήταν κατά 2.6 φορές πιο πιθανό για τους Έλληνες πολίτες να πάσχουν από αυτήν. Εάν καταγράψουμε τα επίσημα στοιχεία σχετικά με την μείζονα κατάθλιψη, θα δούμε πως ήταν 3.3% το 2008 και είχε σκαφαλώσει στο 8.2%, το 2011.

Σε επίπεδο ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, έχει καταγραφεί αύξηση διαφόρων προβλημάτων. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκε, αύξηση της οικογενειακής δυσαρμονίας κατά 51%, των ψυχολογικών προβλημάτων κατά 40%, των διαταραχών διαγωγής κατά 28%, της σχολικής άρνησης κατά 25%, του bullying κατά 22%, των αποπειρών αυτοκτονίας κατά 20% και της κατάχρησης ουσιών κατά 19%.

Η χώρα μας παρουσιάζει ένα ακόμη σοβαρό αρνητικό φαινόμενο, μεταξύ των χωρών της Ε.Ε, και πιο συγκεκριμένα αυτό της αύξησης των μεταδιδόμενων ασθενειών και επιδημιών. Έτσι, κάνουν την εμφάνισή τους όλο και περισσότερο, ασθένειες όπως η

μαλάρια ή η λοίμωξη HIV, που παρουσιάζει και συνεχόμενη αύξηση εξαιτίας του μεγάλου αριθμού ατόμων που κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών.

Εάν καταγράψουμε επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία, θα δούμε πως η Ελλάδα, μεταξύ 2009 και 2011, παρουσίαζε υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας, λόγω της εμφάνισης μεγάλης κλίμακας επιδημιών. Τέτοιες ήταν, το έντονο ξέσπασμα μαλάριας από το 2009 έως το 2011, η υψηλή θνησιμότητα που παρατηρήθηκε με την πανδημική γρίπη H1N1 το 2009, το μεγάλο ξέσπασμα λοιμώξεων τύπου HIV που εμφανίστηκε σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών και η μόλυνση εξαιτίας του ιού του Δυτικού Νείλου, που έλαβε χώρα το 2010 και το 2011.

Μία από τις βασικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών, πέραν της υψηλής εμφάνισης αυτοκτονιών και λοιμώξεων HIV, ήταν η σημαντικότερη αύξηση της «πολύ κακής» αυτο – αναφερόμενης υγείας, μεταξύ των ετών 2007 έως 2009.

1.6 Μνημόνιο στον τομέα της υγείας

Η τρόικα ή αλλιώς οι θεσμοί, όπως μετονομάστηκαν πρόσφατα μετά από απαίτηση της κυβέρνησης, ζητούν νέες περικοπές στον τομέα της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, βάσει των μνημονίων που έχουν αποδεχθεί οι τελευταίες κυβερνήσεις.

Το αναθεωρημένο μνημόνιο είχε βασικό στόχο το να σταθεροποιηθούν τα έξοδα και οι δαπάνες της δημόσιας υγείας σε ένα ποσοστό κοντά στο 6% του ΑΕΠ, αν όχι και χαμηλότερα. Έτσι, για το 2014 επιβλήθηκε η κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό τουλάχιστον 60% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τουλάχιστον κατά 500 εκατομμύρια ευρώ.

Έτσι, έπρεπε να γίνουν δραστικές μειώσεις στις τιμές και ταυτόχρονα οριζόντιες περικοπές, ώστε να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Τα μέτρα αυτά αποτέλεσαν ουσιαστικά την ταφόπλακα στον κλάδο των φαρμακοποιών, αφού ψαλιδίστηκε ακόμη περισσότερο το ποσοστό κέρδους τους, ενώ τα χέρια των γιατρών έδεσαν και οι αυστηρές διαδικασίες συνταγογράφησης που είχαν εισαχθεί.

Ένα ακόμη αρνητικό, είναι το ότι έχει μείνει ανοιχτό το ενδεχόμενο να μπει σε όλους τους γιατρούς, ποσοστό συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων. Επιπροσθέτως, η φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας, μπορεί να καταστραφεί ολοσχερώς από την εισαγωγή ξένων επιχειρηματικών συμφερόντων, ενώ ταυτόχρονα προβλέπεται αύξηση της κινητικότητας των γιατρών και γενικά των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα, που θα περιλαμβάνει όλο το εύρος των υγειονομικών υπηρεσιών της Ελλάδας. Από το μνημόνιο προέκυπτε η αναγκαιότητα εξοικονόμησης κεφαλαίων από την αγορά των φαρμάκων, ώστε οι νοσοκομειακές δαπάνες να φτάσουν τα 0.66 δις ευρώ και οι εξωνοσοκομειακές δαπάνες τα 2.371 δις ευρώ.

Βασικός στόχος ήταν να μειωθεί η δημόσια εξωνοσοκομειακή δαπάνη από τα 2.4 δις ευρώ που βρισκόταν το 2013, στα 2 δις ευρώ περίπου το 2014, να μην ξεπερνάει δηλαδή το 1% του ΑΕΠ. Από την άλλη μεριά, η συνολική δημόσια δαπάνη στον φαρμακευτικό κλάδο δεν θα έπρεπε να υπερβαίνει το 1.5% του ΑΕΠ το 2013 και το 1.3% του ΑΕΠ το 2014. Στο αναθεωρημένο μνημόνιο περιέχονταν έκτακτα μέτρα, όπως η οριζόντια μείωση των τιμών ή το παράβολο συμμετοχής στη λίστα, που σύμφωνα με τους Θεσμούς θα οδηγούσαν στην εφαρμογή και επίτευξη του στόχου της εξυγίανσης, ακόμη και σε περίπτωση αποτυχίας του προσφάτως νομοθετημένου μηχανισμού Claw Back.

Για να εκταμιευθεί η δόση προς την Ελληνική οικονομία, ήταν απαραίτητο βήμα για την κυβέρνηση να αυξήσει το μερίδιο των γενόσημων στο σύνολο των δικαιολογούμενων και εξωνοσοκομειακών φαρμάκων, ώστε μέχρι τον Δεκέμβριο του 2013 αυτό το μερίδιο να φτάσει σε ποσότητα το 60%.

Για να εξασφαλιστεί η σταδιακή αντικατάσταση των φαρμάκων με γενόσημα, έπρεπε να προσφερθούν επιπρόσθετα κίνητρα και να ενεργοποιηθούν ειδικοί μηχανισμοί από την διοίκηση του ΕΟΠΥΥ (που μετονομάστηκε προσφάτως σε «ΠΑΙΔΙ»), ενώ έπρεπε να συμπεριληφθεί και ένα σύστημα μέτρησης του ποσοστού της συνταγογράφησης, που θα σχετιζόταν αποκλειστικά με τους γιατρούς.

Για την παρακολούθηση της συνταγογράφησης των γιατρών, έχει καθιερωθεί ένα ηλεκτρονικό σύστημα που αποτελείται από:

- Άκρως λεπτομερείς μηνιαίες ελεγκτικές αναφορές, που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στα νοσοκομεία, τα

ιατρικά κέντρα και τους παρόχους εκείνους με ενεργές συμβάσεις με το ΠΑΙΔΙ. Οι αναφορές αυτές με την σειρά τους, κοινοποιούνται στο προσωπικό του ΔΝΤ, της ΕΚΤ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

- Άκρως λεπτομερείς τριμηνιαίες αναφορές δαπανών και συνταγογράφησης, που συμπεριλαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την χρήση των λεγόμενων Off Patent φαρμάκων, την χρήση γενόσημων, καθώς και την αξία και την ποσότητα των απλών φαρμάκων. Επίσης, υπάρχουν αναλυτικές αναφορές που αφορούν την μεμονωμένη αντιμετώπιση της συνταγογράφησης από γιατρούς, σε σχέση με τον μέσο όρο που ισχύει για γιατρούς αντίστοιχων ειδικοτήτων και φόρτου εργασίας. Αυτό πραγματοποιείται για τους παρόχους με ενεργές συμβάσεις ΠΑΙΔΙ, τα νοσοκομεία και τα ιατρικά κέντρα, ενώ όταν το σύστημα θεωρήσει πως αθετούνται οι κανόνες της συνταγογράφησης, τότε λαμβάνει χώρα η διαδικασία της ειδοποίησης.

Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα, παρέχεται ενημέρωση, ενώ εκπονείται και ετήσια μελέτη που αφορά την αξία και τον όγκο της συνταγογράφησης του κάθε γιατρού ξεχωριστά, σε σχέση με τους υπόλοιπους γιατρούς του κλάδου. Επίσης, υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τις οδηγίες της συνταγογράφησης, καθώς και της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων ξεχωριστά από τον κάθε γιατρό, ώστε να γίνεται σύγκριση με την συνταγογράφηση αντιβιοτικών και πρωτότυπων φαρμάκων.

Βάσει της μελέτης σχετικά με την ύπαρξη νέων περιθωρίων κέρδους στα φαρμακεία, ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς να μειώσουν στο 15% τα περιθώρια κέρδους τους, από την 1^η Ιανουαρίου του 2014. Από την άλλη, και όσον αφορά την τιμολόγηση των φαρμάκων, ζητήθηκε από την κυβέρνηση, πριν από την εκταμίευση της δόσης και μόλις λήξει η περίοδος αποκλειστικότητας της πατέντας, σε μείωση κατά 50% στην τρέχουσα μέγιστη τιμή των πρωτότυπων φαρμάκων. Βέβαια, έχει προβλεφθεί αυξημένος ανταγωνισμός, εξαιτίας των χαμηλότερων προσφερόμενων τιμών από τους παραγωγούς. Επιπροσθέτως, η μέγιστη τιμή του γενόσημου έχει οριστεί στο 40% της τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου, με την ίδια δραστική αξία, κατά την λήξη της περιόδου αποκλειστικότητας της πατέντας. Μετά την μείωση αυτή, η τιμή των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 80% της τιμής των φαρμάκων εκτός πατέντας.

1.7 Μνημόνιο στους φορείς υγείας

Ένας από τους βασικούς τομείς που πλήττεται σημαντικά κατά την διάρκεια της ύφεσης είναι αυτός της απασχόλησης, με αποτέλεσμα οι μισοί σχεδόν από τους εργάτες να βρίσκονται σε μία κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως είναι ιδιαίτερος αυξημένα τα ποσοστά που θέλουν πολλούς από αυτούς να χάνουν εν τέλει την εργασία τους (Ferrie et al., 2002).

Όλες οι σχετικές έρευνες και μελέτες που έχουν εκπονηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, συμφωνούν πως υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που λειτουργούν ιδιαίτερος επιβαρυντικά για την δημόσια υγεία, όπως η ανεργία, η απώλεια εισοδήματος και η ανασφάλεια στην εργασία. Τα αίτια γύρω από την επίδραση που έχουν αυτοί οι παράγοντες στην υγεία εντοπίζονται στο συνεχόμενο στρες, στην φτώχεια, στις καταχρήσεις τύπου αλκοόλ, ναρκωτικών και τσιγάρων, καθώς και στις ειδικές συνθήκες εργασίας, όπως η υποβαθμισμένη θέση ή η μη ικανοποιητική εργασία (Τούντας, 2004).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία του Τούντα (2004), η απώλεια της εργασίας βρίσκεται στην 8^η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων για την υγεία γεγονότων. Είναι λογικό λοιπόν το συμπέρασμα που θέλει να διαταράσσεται η ψυχική υγεία, να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, να παρουσιάζονται μειωμένα επίπεδα ευεξίας και να κάνουν την εμφάνισή τους περιστατικά βιαιοπραγίας, έπειτα από την απώλεια της εργασιακής θέσης. Τα παραπάνω διαπιστώθηκαν σε όλες τις έρευνες που συνέκριναν εργαζόμενους και άνεργους, που ανήκαν και στα δύο φύλα και σε διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Σύμφωνα με την θεώρηση της Βρετανικής καταγωγής ψυχολόγου Jahonda (1982), τα παραπάνω πορίσματα δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο, αφού εξαιτίας της απώλειας της εργασιακής θέσης λαμβάνουν χώρα και άλλες λανθάνουσες και αρνητικές συνέπειες, πέραν της οικονομικής ανέχειας. Τέτοιες είναι η απώλεια της καθημερινής οργάνωσης, η απώλεια των επιδιώξεων και των στόχων, η διαφοροποίηση της ατομικής ταυτότητας, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και η μείωση του σεβασμού, από μέρους του κοινωνικού συνόλου (Jahonda, 1982).

Ο Τούντας (2004) καταγράφει παλαιότερες μελέτες που συντάχθηκαν στην Ουαλία και την Αγγλία και που αναφέρουν αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε ποσοστό που αγγίζει το 20%. Αυτή η αύξηση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αυτοκτονίες και τα καρδιαγγειακά προβλήματα, ενώ τέτοιου είδους συμπεράσματα προκύπτουν και από έρευνες που εκπονήθηκαν στην Σουηδία, στην Ιταλία και στην Δανία (Τούντας, 2004).

Από τον Ferrie et al. (2002), διενεργήθηκε έρευνα με την συμμετοχή 2.429 ανδρών και 931 γυναικών την περίοδο 1995 – 1996 και 1997 – 1999, με αποτέλεσμα να καταγραφούν σημαντικές παράμετροι που αφορούσαν την υγεία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν οι κλινικές παράμετροι και οι συμπεριφορές που σχετίζονταν με την υγεία, ώστε να διαπιστωθούν οι διαφορές που ίσως υπήρχαν μεταξύ αυτών που απολάμβαναν εργασιακή ασφάλεια και αυτών που ζούσαν εν μέσω εργασιακής ανασφάλειας. Από τα αποτελέσματα προκύπτουν ενδιαφέροντα στοιχεία, αφού οι άνεργοι και εκείνοι που αντιμετώπισαν μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας, εμφάνισαν ψυχική και σωματική νοσηρότητα, καθώς και κάποιες ψυχικές διαταραχές. Τέτοιου είδους διαταραχές, εμφάνισαν όμως και οι εργαζόμενοι που αντιμετώπισαν μία περίοδο κινδύνου απώλειας της εργασίας τους, αν και τις αντιμετώπισαν πιο ικανοποιητικά, σε σχέση με τους ανέργους.

Στην έρευνα των Stuckler et al.(2009), που εκπονήθηκε από το 1970 έως το 2007 σε 26 χώρες της Ε.Ε. καταγράφηκε η σύνδεση της θνησιμότητας με την απασχόληση, καθώς και η μέθοδος τροποποίησης των δημοσίων δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων, ως απάντηση στην παραπάνω σύνδεση. Πιο συγκεκριμένα, με την αύξηση του επιπέδου της ανεργίας κατά 1%, είχαμε την αύξηση των αυτοκτονιών σε ποσοστό 0.79%, για όλες τις ηλικίες κάτω των 65 ετών, ενώ την ίδια αύξηση είχε και το ποσοστό των ανθρωποκτονιών. Αύξηση του επιπέδου της ανεργίας κατά 3%, οδήγησε στην αύξηση των αυτοκτονιών κατά 4.45% και στην αύξηση των θανάτων από κατάχρηση αλκοόλ, κατά 28%. Στην ίδια έρευνα αντιθέτως, καταγράφηκε μείωση της τάξεως του 1.39% της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα, ενώ δεν υπήρχαν σημαντικές μεταβολές στα ποσοστά θνησιμότητας από άλλα αίτια, αν και υπήρχαν διαφορές μεταξύ του κάθε πληθυσμού σχετικά με το επίπεδο θνησιμότητάς του κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Φυσικά, σημαντικό ρόλο στα παραπάνω παίζει και η κοινωνική προστασία που προσφέρει η κάθε χώρα στους πολίτες της, στην περίπτωση που θα μείνουν άνεργοι. Από την ίδια μελέτη προκύπτει και ένα άλλο

σημαντικό συμπέρασμα, που αφορά τα ενεργά εργασιακά προγράμματα, που κρατούν ή επανεπεντάσσουν τους πολίτες στην αγορά εργασίας. Έχει λοιπόν αποδειχθεί πως τέτοιου είδους προγράμματα μειώνουν σημαντικά τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών. Παρατηρήθηκε λοιπόν πως στα σύγχρονα κράτη – πρόνοιας, που προσφέρουν στους πολίτες τους πολύπλευρη κοινωνική στήριξη και επιδόματα από τα ταμεία ανεργίας, παρόλο που αντιμετώπισαν σοβαρότατα οικονομικά προβλήματα, εντούτοις δεν οδηγήθηκαν σε εξαθλίωση και σε συνθήκες πείνας (Τούντας, 2004).

Ο Κυριακόπουλος (2009), παρουσίασε την μελέτη των Economou et al, που έλαβε χώρα σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η αύξηση της ανεργίας σε ποσοστό που φτάνει μόλις το 1%, συνεπάγεται αύξηση του δείκτη θνησιμότητας της τάξεως του 2.18 / 100.000. Από την ίδια μελέτη επίσης, αποδείχθηκε η σχέση μεταξύ της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια και της ανεργίας.

Η μακροχρόνια ανεργία και η συνεχιζόμενη ύφεση, μπορεί να οδηγήσουν πολλά άτομα στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ πολλές φορές ακολουθεί υψηλό επίπεδο νοσηρότητας και πρόωρη θνησιμότητα, κυρίως σε άτομα που ανήκουν στις λεγόμενες «μειονότητες», όπως οι χρόνια πάσχοντες από σωματικά ή ψυχικά νοσήματα, οι μετανάστες και οι πρώην σωφρονισμένοι (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Υπάρχει και μία άλλη μελέτη, που εξετάζει αποκλειστικά την συσχέτιση της υγείας με την οικονομική ύφεση και την οικονομική ανάπτυξη. Σε περιόδους λοιπόν έντονης ύφεσης, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην θνησιμότητα εξαιτίας των αυτοκτονιών, μεταξύ άλλων αιτιών που ελέγχθηκαν όπως η γρίπη και η πνευμονία, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα καρδιαγγειακά, η κίρρωση και η χρόνια ηπατική νόσος, οι δολοφονίες, η νεογνική και παιδική θνησιμότητα και τα τροχαία ατυχήματα. Οι υπόλοιπες βασικές αιτίες θνησιμότητας είχαν διακυμάνσεις, αφού εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες από τις εξεταζόμενες ηλικιακές ομάδες, ενώ όταν η οικονομική ανάπτυξη ήταν μακροχρόνια οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία είτε εξαφανίζονταν, είτε ήταν προσωρινές.

Με την περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αποδείχθηκε ότι σε περιόδους οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης αυξάνονται κάποιες συνήθειες που θεωρούνται επιβλαβείς για την δημόσια υγεία, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και το

κάπνισμα, ενώ αυξάνεται και η συχνότητα οδήγησης που οδηγεί στην μείωση της κίνησης και της άσκησης. Ταυτόχρονα μειώνεται η υγιεινή διατροφή, αυξάνονται τα επίπεδα τους στρες, αυξάνονται οι ώρες εργασίας, δεν αφιερώνεται χρόνος στο να παρακολουθείται η προσωπική υγεία, ενώ παρατηρούνται και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως είναι για παράδειγμα η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να μην είναι εξοικιωμένοι με το υγειονομικό σύστημα ή τις συνθήκες οδικής συμπεριφοράς της χώρας προορισμού και ταυτόχρονα μπορεί να εισάγουν ασθένειες στους ντόπιους πληθυσμούς (Ruhm, 2000).

Η έρευνα των Jones και Kasl (2000) που εκπονήθηκε από το πανεπιστήμιο του Yale, βρίσκεται στην ίδια πλευρά αμφισβήτησης τόσο της απόλυτης, όσο και της ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με την πτωχή υγεία. Από τα συμπεράσματα προκύπτει ότι η απώλεια εργασίας προκαλείται σε μεγάλο βαθμό από τις προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, ενώ άμεση σχέση με την εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται πως έχει μία ποικιλία παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ψυχολογική και φυσική νοσηρότητα. Γενικά παρατηρείται πως όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανέργων σε μία κοινωνία, δημιουργούνται συναισθήματα πίεσης και κατάθλιψης, ακόμη και στους εργαζομένους, που αισθάνονται πως μπορεί να απειληθεί και η δική τους θέση εργασίας.

Είναι γεγονός πως μία σωρεία προβλημάτων θα πρέπει να επιλυθεί από το Ε.Σ.Υ. όπως για παράδειγμα:

- Οι επικαλύψεις και οι υγειονομικές ανισότητες
- Ο κατακερματισμός του
- Η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού
- Η αδυναμία κάλυψης των αναγκών της πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Η χαμηλή παραγωγικότητα
- Ο πληθωρισμός των γιατρών
- Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού
- Η μη ανταποκρισιμότητα
- Η περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών
- Η χαμηλή παραγωγικότητα
- Η διαφθορά
- Η σπατάλη πόρων και η διοχέτευσή τους στον κλάδο της παραοικονομίας.

Όλα τα παραπάνω προκαλούν τεράστια ελλείμματα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας και τα νοσοκομεία.

Η Ελληνική οικονομία συρρικνώνεται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας του συνδυασμού του πολύ υψηλού εθνικού ελλείμματος και της συνεχιζόμενης και έντονης οικονομικής κρίσης, κάτι που θα οδηγήσει στο να επηρεαστούν οι προϋπολογισμοί του Ε.Σ.Υ. που θα πρέπει να διοχετευθούν σε πιο προβληματικά κομμάτια του συστήματος υγείας, ώστε να γίνει καλύτερος μελλοντικός σχεδιασμός.

Λόγω των περικοπών στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, που φτάνουν ακόμη και το 1 δις ευρώ, αναμένεται να δυσκολευτεί ακόμη περισσότερο η κατάσταση αφού το σύστημα υγείας θα κληθεί να αντιμετωπίσει την αυξημένη ζήτηση που θα προκύψει, αφού η αναμενόμενη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών θα τους στρέψει σε υπηρεσίες υγείας που θα καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

Βάσει των εκθέσεων του Κυριακόπουλου (2010), έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις των πολιτών στα ιδιωτικά ιατρεία, ενώ αντιθέτως έχουν αυξηθεί κατά 30% περίπου οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Με αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ιδιωτικός τομέας της υγείας, ενώ δυσχέρειες στην χρηματοδότησή τους παρουσιάζουν και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, αφού λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος, μειώνεται και η ζήτηση σχετικά με την λήψη νέων ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων υγείας (Κυριόπουλος, Τσιάντου , 2009).

Είκοσι πέντε χρόνια περίπου μετά την συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. άρχισαν να εμφανίζονται προβληματισμοί σχετικά με την βιωσιμότητά του. Τα αίτια εντοπίζονται κυρίως στην ύπαρξη της εθνικής ύφεσης και στην πίεση της διεθνούς οικονομικής κρίσης, που προκαλούν σημαντικά προβλήματα στην οικονομική και διοικητική λειτουργία του.

Βέβαια υποστηρίζεται έντονα πως το Ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να αναπτυχθεί ως ένα βαθμό, εάν πραγματοποιούνταν μία ολοκληρωμένη αναδιάρθρωση που θα βασιζόταν (Μανιαδάκης, 2011):

- Στην εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας και της σπατάλης
- Στην ορθή ανάπτυξη και οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

- Στην χρηματοοικονομική και λογιστική διαχείριση των νοσοκομείων
- Στην καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του ιατρικού προσωπικού
- Στην βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας
- Στην συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών
- Στην ανάπτυξη συστημάτων αξιολόγησης και δομών, που θα αφορούν την διαπίστευση των υγειονομικών φορέων και την ποιότητα των υπηρεσιών.

1.8 Επιπτώσεις της κρίσης στο υγειονομικό σύστημα

Έχουν γίνει πολλά δουλειά για να καθοριστεί πώς τα αποτελέσματα της υγείας μπορεί να επηρεαστούν από οικονομικές κρίσεις, αλλά ελάχιστες προηγούμενες έρευνες έχουν αξιολογήσει τι μπορεί να συμβεί στα συστήματα υγείας. Έτσι, θα πρέπει να αναπτυχθούν πειραματικές υποθέσεις που βασίζονται στη θεωρία για σύγκριση με εμπειρικά δεδομένα. Όταν αντιμετωπίζουν δημοσιονομική κρίση, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής ενδέχεται να υποστούν πίεση για τη διατήρηση, μείωση ή αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (και θα μπορούσαν επίσης να ανακατανεύμουν κεφάλαια στο πλαίσιο του συστήματος υγείας). Οι αλλαγές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία μπορούν να συνεπάγονται διάφορα μέσα πολιτικής (ή συνδυασμούς αυτών)

που αποσκοπούν να επηρεάσουν την παροχή χρηματοδοτούμενων από το κράτος μέριμνας.

Σε μια μελέτη σχετικά με τις απαντήσεις των συστημάτων υγείας στην παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση (από τον Μάρτιο ή τον Απρίλιο του 2011), απεστάλη ερωτηματολόγιο στους ειδικούς της πολιτικής για την υγεία (οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν έδρα τα πανεπιστήμια, τα γραφεία χωρών της ΠΟΥ και άλλους μη κυβερνητικούς οργανισμούς) σε όλα τα κράτη μέλη της ΠΟΥ της ευρωπαϊκής περιφέρειας για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις πολιτικές απαντήσεις - δηλαδή εκείνες που εισήχθησαν άμεσα, εν μέρει ή ενδεχομένως ως απάντηση στην κρίση. Αυτά τα στοιχεία αναλύθηκαν και επαληθεύτηκαν και έδειξαν ότι οι χώρες της Ευρώπης είχαν ανταποκριθεί στην οικονομική κρίση με διάφορους τρόπους. Εντός της ΕΕ, ορισμένες χώρες (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ιταλία, Λιθουανία, Σλοβακία) ήταν καλύτερα προετοιμασμένες από άλλες λόγω φορολογικών μέτρων που εγκρίθηκαν πριν από την κρίση. Αυτές οι χώρες ήταν σε θέση να αντλήσουν από αντικυκλικές πολιτικές, όπως τη διατήρηση χρηματοοικονομικών αποθεμάτων που προορίζονταν για την υγεία ή τη σύνδεση δημόσιων εισφορών για οικονομικά ανενεργούς ομάδες με κέρδη τα προηγούμενα έτη. Σε άλλες χώρες, οι προϋπολογισμοί για την υγεία προστατεύθηκαν (Βέλγιο, Δανία) ή καταψύχθηκαν (το Ηνωμένο Βασίλειο, αν και οι πραγματικές δαπάνες μειώθηκαν, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της κυβέρνησης), ενώ άλλοι τομείς παρουσίασαν περικοπές.

Ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν την κρίση για να μειώσουν το κόστος, ιδίως στον νοσοκομειακό και φαρμακευτικό τομέα. Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις της Αυστρίας, της Λεττονίας, της Πολωνίας και της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους στις διαπραγματεύσεις τιμών με φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ η Δανία, η Ελλάδα, η Λετονία, η Πορτογαλία και η Σλοβενία επιτάχυναν την αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών τους τομέων. Κάποιες χώρες μείωσαν (π.χ. την Κύπρο, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τη Λιθουανία, την Πορτογαλία, τη Ρουμανία) ή αφήφισαν (π.χ. Αγγλία, Σλοβενία) τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας ή μείωσαν το ποσοστό αύξησης των μισθών (π.χ. Αυτές οι πολιτικές θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τις μισθολογικές ανισοροπίες μεταξύ (ανάλογα με τη σχετική μεταβολή των μισθών στις καθαρές χώρες μετανάστευσης σε σύγκριση με τις χώρες καθαρής μετανάστευσης) ή εντός (εάν οι μισθοί στον τομέα της υγείας πέσουν με διαφορετικό ρυθμό από τις μισθώσεις του ιδιωτικού τομέα) διαρροή επαγγελματιών υγείας.

Αρχικά, δεν έγιναν σημαντικές αλλαγές στο πεδίο εφαρμογής (δηλαδή το πακέτο των νόμιμων παροχών και στις υπηρεσίες που παρέχονται στον πληθυσμό που καλύπτονται από το κράτος) ή το εύρος (δηλαδή ο πληθυσμός που καλύπτεται από το κράτος) κάλυψης υγείας, αν και έγιναν κάποιες μειώσεις (συνήθως δευτερεύον). Έτσι, σε μερικές χώρες, ορισμένες υπηρεσίες αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών (π.χ. γονιμοποίηση in-vitro και φυσιοθεραπεία στις Κάτω Χώρες). Σε ορισμένες χώρες επεκτάθηκαν τα οφέλη για ομάδες με χαμηλό εισόδημα (π.χ. Μολδαβία). Ωστόσο, ορισμένες χώρες - συγκεκριμένα η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Λεττονία, οι Κάτω Χώρες, η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Σλοβενία- μείωσαν την κάλυψη υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση της κρίσης. Στις περισσότερες χώρες, η έλλειψη δεδομένων και οι ενδεχόμενες καθυστερημένες επιπτώσεις συνεπάγονται ότι η αξιολόγηση των επιπτώσεων αυτών των μεταρρυθμίσεων στην πρόσβαση σε περίθαλψη και αποτελέσματα υγείας δεν είναι ακόμη δυνατή. Ωστόσο, στοιχεία από την ευρύτερη ιατρική βιβλιογραφία δείχνουν πιθανές συνέπειες. Οι αυξήσεις των τελών χρήσης είναι μια ιδιαίτερη αιτία ανησυχίας, επειδή αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών και ίσως μειώνουν εξίσου τη χρήση υψηλής και χαμηλής αξίας φροντίδας, ιδίως από τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και τους υψηλούς χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και όταν τα τέλη χρήσης είναι χαμηλά. Η εισαγωγή ή η αύξηση των τελών χρήσης στην πρωτοβάθμια ή περιπατητική εξειδικευμένη περίθαλψη μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματα της υγείας και να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση δωρεάν υπηρεσιών, αλλά με εντατική χρήση πόρων - π.χ. Έτσι, η εξοικονόμηση κόστους και η αυξημένη αποτελεσματικότητα είναι σπάνιες.

Ορισμένες χώρες έχουν αυξήσει τους φόρους επί του αλκοόλ ή του καπνού ή και των δύο. Ένας συνδυασμός κινήτρων - όπως η αύξηση των εσόδων και η προώθηση της υγείας - είναι συχνά πίσω από τέτοια μέτρα. Για παράδειγμα, το 2012 οι φόροι κατανάλωσης οινοπνεύματος αυξήθηκαν τόσο στη Φινλανδία όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ αυξήθηκε στη δεκαετία του 2000. Τα τσιγάρα και το αλκοόλ έχουν ελαστικότητα τιμών μικρότερη από μία. οι φορολογικές αυξήσεις δημιουργούν πρόσθετα έσοδα και μειώνουν την κατανάλωση και έτσι προσφέρουν διπλά οφέλη για τις κυβερνήσεις που αντιμετωπίζουν πτώση των εσόδων και την αύξηση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ορισμένες χώρες (π.χ. Φινλανδία, Γαλλία, Ουγγαρία)

εισήγαγαν φόρους στα αναψυκτικά, αλλά οι φόροι αυτοί είναι περιορισμένοι και, στη Γαλλία, ο φόρος είναι σαφώς μέτρο αύξησης των εσόδων και όχι μέτρο προώθησης της υγείας (ισχύει εξίσου για τα ποτά με τεχνητά γλυκαντικά).

1.9 Έρευνες σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων

Οι νοσηλευτικές και νοσοκομειακές οργανώσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτήν την αναπτυσσόμενη βιομηχανία υπηρεσιών. Είναι οι μόνες οργανώσεις που εξυπηρετούν άμεσα την ανθρώπινη υγεία και την επηρεάζουν. Λόγω αυτής της σπουδαιότητας, τα νοσοκομεία πρέπει να προσφέρουν υπηρεσίες ποιότητας και «μηδενικής βλάβης» στους πελάτες τους. Υπάρχουν πολυάριθμα και ποικίλα ποιοτικά μέτρα και δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, εκ των οποίων ένας από τους σημαντικότερους δείκτες είναι η ικανοποίηση των ασθενών (πελατών). Η ικανοποίηση του πελάτη οδηγεί σε μελλοντική κερδοφορία και αποτελεί ζωτικό μέτρο απόδοσης για τις επιχειρήσεις, τις βιομηχανίες και τις εθνικές οικονομίες (Anderson & Fornell, 1994). Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να εξοικονομήσει χρήματα από τα νοσοκομεία μειώνοντας τον χρόνο που αφιερώνεται στην επίλυση των παραπόνων των ασθενών (Press et al., 1991). Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βελτιωθεί, προάγοντας τις προτιμήσεις των ασθενών και προσαρμόζοντας την φροντίδα για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του ασθενούς (Macario et al., 1999). Οι φωνές των ασθενών πρέπει να αρχίσουν να διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στο σχεδιασμό των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η αναδυόμενη βιβλιογραφία για την υγειονομική περίθαλψη υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί κυρίαρχη μέριμνα που συνδέεται με στρατηγικές αποφάσεις στις υπηρεσίες υγείας (Andaleeb, 2001).

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει σχετικά μεγαλύτερη επίδραση στις συμπεριφορές των ασθενών (ικανοποίηση, παραπομπές, επιλογή, χρήση κλπ.) Σε σύγκριση με την πρόσβαση και το κόστος (Andaleeb, 2001). Ο Petersen αμφισβητεί αυτή την άποψη υποδεικνύοντας ότι δεν είναι σημαντικό αν ο ασθενής είναι σωστός ή λάθος, αυτό που είναι σημαντικό είναι το πώς αισθάνθηκε ο ασθενής παρόλο που η αντίληψη της

φροντιστή για την πραγματικότητα μπορεί να είναι τελείως διαφορετική (Andaleeb, 2001). Οι ασθενείς κάνουν κρίσεις για τη φροντίδα τους. Οι κρίσεις τους βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις αντιλήψεις τους για τον τρόπο διαχείρισης της περίθαλψης, όχι στον ορισμό των νοσοκομείων της κατάλληλης διαχείρισης (Press et al., 1991). Οι αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών των ασθενών πιστεύεται ότι επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση των ασθενών, γεγονός που με τη σειρά του επηρεάζει θετικά την απόφαση του ασθενούς να επιλέξει έναν συγκεκριμένο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Taylor, 1994). Οι διαχειριστές νοσοκομείων, οι ασφαλιστικές εταιρείες, οι κοινοτικές ομάδες και οι ερευνητές έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν την αξία των στοιχείων που μπορούν να παράσχουν οι ασθενείς. Σύμφωνα με τον O'Connor et al., «Είναι η προοπτική του ασθενούς που θεωρείται όλο και περισσότερο ως ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και μπορεί στην πραγματικότητα να αποτελεί την πιο σημαντική προοπτική» (Andaleeb, 2001).

Μετά την ανάπτυξη του μοντέλου SERVQUAL, οι Scardina (1994), Bowers et al. (1994), Lam (1997), Jun et al. (1998), O'Connor et al. (2000), Andaleeb (2001) και Ma et al. (2001) το χρησιμοποίησε για να μετρήσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό που απαιτήθηκε στη συνέχεια ήταν να ελεγχθεί εάν το μοντέλο SERVQUAL περιελάμβανε πλήρως τις διαστάσεις ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Το SERVQUAL έχει ελεγχθεί σε περιβάλλοντα υγείας και τα ευρήματα έχουν αναμιχθεί (Peyrot et al., 1993). Ο Babakus & Mangold (1989) ανέφερε ότι το SERVQUAL απέδειξε επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Μια άλλη μελέτη, ο Babakus & Mangold (1992) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το SERVQUAL είναι αξιόπιστο και έγκυρο στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Bowers et al. (1994) εξέτασαν αν οι διαστάσεις του SERVQUAL είναι επαρκείς για τη μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Διαπίστωσαν ότι καθεμία από τις δέκα διαστάσεις περιείχε τη συζήτηση των ασθενών για την νοσηλεία τους και πρόσθεσε δύο διαστάσεις στο SERVQUAL (Bowers et al., 1994). Οι επιπρόσθετες διαστάσεις αντιπροσωπεύουν πτυχές της ποιότητας των υπηρεσιών που δεν φαίνεται να καταγράφονται από τις γενικές ποιοτικές διαστάσεις και προέκυψαν δύο μεγάλες κατηγορίες: τα αποτελέσματα της φροντίδας και των ασθενών (Bowers et al., 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ

2.1 Σύγκριση των συστημάτων υγείας

Στην Ε.Ε. διακρίνονται τέσσερα πρότυπα διοίκησης και οργάνωσης των Συστημάτων Υγείας, βάσει μελέτης που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα Αρχείων Ελληνικής Ιατρικής. Πιο συγκεκριμένα έχουμε:

- Το Αγγλοσαξονικό μοντέλο
- Το Κεντρικό – ευρωπαϊκό ή αλλιώς Ηπειρωτικό μοντέλο
- Το Σκανδιναβικό μοντέλο
- Το Νοτιο – ευρωπαϊκό μοντέλο.

Το τελευταίο μοντέλο, αποτελεί προσέγγιση του Αγγλοσαξονικού, αλλά με έντονα προβλήματα στην οργάνωση και την διαχείριση των πόρων, που οδηγεί τα περισσότερα Νοτιο – ευρωπαϊκά κράτη να παρουσιάζουν αναποτελεσματικά επίπεδα περίθαλψης. Τέτοιου τύπου μοντέλο χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα. Επειδή το δικό μας μοντέλο, είναι γενικά γνωστό, θα γίνει μία προσπάθεια καταγραφής των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των άλλων τριών μοντέλων, ενώ θα παρουσιαστούν ενδεικτικά και ορισμένες παροχές τους ανά κράτος (Farmer, et al, 2010).

2.1.1 Αγγλοσαξονικό σύστημα

Ο Sir William Beveridge είναι υπεύθυνος για την δημιουργία του Αγγλοσαξονικού συστήματος, που πρωτοεμφανίστηκε και αναπτύχθηκε στην Αγγλία, όπως μαρτυράει και το όνομά του. Εστιάζει κυρίως στην διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, απο οποιοδήποτε γεωγραφικό και κοινωνικό κομμάτι της χώρας. Έτσι αναπτύχθηκε το περίφημο δημόσιο σύστημα υγείας NHS – National Healthcare System, που αποτελεί το καμάρι της χώρας, ενώ οι Άγγλοι δεν χάνουν ευκαιρία να το προωθούν, ώστε να γίνει γνωστό σε όλον τον κόσμο, με πιο πρόσφατο παράδειγμα αυτό της Ολυμπιάδας του Λονδίνου.

Όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι της Αγγλίας μπορούν να έχουν πρόσβαση στο NHS. Το 92% του πληθυσμού ανήκει στο σύστημα δημόσιας υγείας της Αγγλίας, ενώ μόλις το 8% του πληθυσμού ανήκει στην ιδιωτική υγεία, που αποτελεί ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα του κυρίως όγκου των πολιτών που επιλέγουν το NHS.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρεται απολύτως δωρεάν. Η διαδικασία έχει ως εξής: Ο κάθε κάτοικος επιλέγει έναν γιατρό Γενικής Ιατρικής – General Practitioner ή αλλιώς εν συντομία GP, που βρίσκεται κοντά στην περιοχή του και εγγράφεται σε αυτόν. Όποτε υπάρχει πρόβλημα υγείας, ο πολίτης κλείνει ραντεβού με τον GP στον οποίο έχει εγγραφεί, τον επισκέπτεται δωρεάν και ο γιατρός με την σειρά του τον εξετάζει και τον παραπέμπει σε κάποια άλλη ειδικότητα, εάν αυτό είναι απαραίτητο. Ο επόμενος γιατρός, δέχεται τον πολίτη επίσης δωρεάν, λαμβάνοντας ταυτόχρονα ολόκληρο το ιστορικό του ασθενούς από τον GP του. Εάν ο πολίτης αποφασίσει να επισκεφτεί ιδιωτικό κέντρο περίθαλψης, τότε πληρώνει αρκετά χρήματα, αν και σε

πολλές από τις περιπτώσεις το NHS καλύπτει ορισμένα από τα έξοδα. Όσον αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη, η συνταγή και τα φάρμακα των συμβεβλημένων φαρμακείων, κοστίζουν περίπου 8 λίρες, ανεξαρτήτως του είδους και της ποσότητας φαρμάκου. Δίνεται επίσης η δυνατότητα στον πολίτη να αγοράσει τριμηνιαίο δελτίο συνταγογράφησης αξίας 29.10 λιρών ή ετήσιο αξίας 104 λιρών.

Τέλος, ο πληθυσμός κάτω των 16 ετών και άνω των 60, όπως και κάποιες συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, λαμβάνουν εντελώς δωρεάν τα φάρμακά τους (Friis & Sellers, 2008).

2.1.2 Κεντρικό – ευρωπαϊκό ή Ηπειρωτικό μοντέλο

Δημιουργήθηκε στην Γερμανία το 1883 από τον Βίσμαρκ και υιοθετήθηκε από την πλειονότητα των χωρών της Κεντρικής Ευρώπης. Εστιάζει στην παρουσία ενός ασφαλιστικού συστήματος που έχει ως βάση του την αυτοδιαχείριση και την αυτονομία των επιμέρους επαγγελματικών και εργατικών ασφαλιστικών ταμείων. Βάσει νόμου, κάθε εργαζόμενος στην Γερμανία οφείλει να είναι εγγεγραμμένος σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο της χώρας. Το Δημόσιο Σύστημα υγείας έχει ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία, που όμως είναι συμβεβλημένα με την κρατική μηχανή. Αυτό με απλά λόγια σημαίνει πως όσοι μόνιμοι κάτοικοι δηλώνουν εισοδήματα άνω των 49.500 ευρώ, είναι υποχρεωμένοι να διαλέξουν ελεύθερα όποιο από τα ταμεία ασθένειας επιθυμούν. Τα ταμεία αυτά λειτουργούν από κοινού, τόσο με τους εργαζομένους, όσο και με τους εργοδότες, και αφορούν περίπου το 2% του συνολικού μισθού. Οι πολίτες φυσικά, έχουν την δυνατότητα επιλογής και ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά το 85% του πληθυσμού επιλέγει την δημόσια.

Οι πολίτες, για να λάβουν την νοσοκομειακή περίθαλψη, επισκέπτονται τον Γιατρό Γενικής Ιατρικής που αποτελεί τον οικογενειακό τους γιατρό και που μπορούν να τον αλλάζουν ανά τρίμηνο. Τα έμμεσα μέλη της οικογένειας καλύπτονται και αυτά, χάρη στην ασφάλιση του κυρίως ασφαλιζόμενου. Οι ιατρικές επισκέψεις, οι προληπτικές εξετάσεις, οι θεραπείες και η παραμονή στο νοσοκομείο καλύπτονται από την ασφάλιση, ενώ ο ασφαλιζόμενος σε ορισμένες περιπτώσεις απλά καταβάλλει μία *Eigenanteil* – προμήθεια που δεν ξεπερνάει τα 10 ευρώ. Επιπροσθέτως, το ανώτερο

ποσό για την παραμονή στο νοσοκομείο, μπορεί να φτάσει τα 10 ευρώ ανά ημέρα παραμονής.

Στην φαρμακευτική περίθαλψη η νομοθεσία είναι επίσης πολύ αυστηρή, αφού πολλά από τα δικά μας καθημερινά φάρμακα, στην Γερμανία απαιτούν συνταγή γιατρού για να αγοραστούν. Για τις συνταγές, είναι απαραίτητη η καταβολή μίας πρόσθετης συμμετοχής 5 έως 10 ευρώ, ανά σκεύασμα, αναλόγως του είδους του, ενώ ο πολίτης έχει επίσης την επιλογή φαρμάκων και σκευασμάτων χωρίς πρόσθετη χρέωση.

Τέλος, και όσον αφορά τις οδοντιατρικές δαπάνες, το δημόσιο καλύπτει ένα ποσοστό της τάξεως του 20 με 70%, αναλόγως της περίπτωσης (Κυριόπουλος, et al, 2010).

2.1.3 Σκανδιναβικό μοντέλο

Εστιάζει στην αξιολόγηση του συστήματος υγείας και στην αρμοδιότητα της οικονομικής διαχείρισης, τόσο στην κεντρική, όσο και στην τοπική αυτοδιοίκηση. Έτσι, έχουν προκύψει χώρες – πρότυπα στον τομέα της περίθαλψης, όπως η Δανία και η Σουηδία, με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει η ιδέα πως το Σκανδιναβικό μοντέλο πρόκειται για την τέλεια, δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη.

Το σύστημα υγείας των Σκανδιναβικών χωρών, είναι κατά βάση κρατικό, με τους ασθενείς να πληρώνουν μικροποσά για τις εξετάσεις και την κεντρική διοίκηση να χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων. Η φορολογία αποτελεί την βασική «κάνουλα» τροφοδότησης των πόρων του δημόσιου συστήματος, που εισπράττεται από την τοπική αυτοδιοίκηση.

Όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη, όλοι οι φορολογούμενοι έχουν δύο βασικές επιλογές: Μπορούν είτε να επισκεφτούν ένα νοσοκομείο ή έναν γιατρό κατάλληλης ειδικότητας, πληρώνοντας μία συμμετοχή αξίας 18 ευρώ, που περιλαμβάνει την επίσκεψη, τις εξετάσεις, τις παρακλινικές εξετάσεις και τις ακτινογραφίες, ή μπορούν να καταβάλλουν 95 ευρώ ετησίως, και να καλύπτονται για όλα, για έναν χρόνο, εκτός των δαπανών που αφορούν τις οδοντιατρικές τους ανάγκες. Όταν τα έξοδα περίθαλψης ενός ασθενούς ξεπεράσουν τα 126 ευρώ, τότε αναλαμβάνει πλήρως η κρατική μηχανή,

ενώ η οδοντιατρική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους, μέχρι να συμπληρώσουν τα 19 τους χρόνια.

Όταν ο γιατρός κρίνει πως ο ασθενής πρέπει να λείψει από την εργασία του, τότε ο εργοδότης του είναι αναγκασμένος βάσει της νομοθεσίας να καλύψει το μεγαλύτερο μέρος του ημερομισθίου του για τις επόμενες 14 ημέρες. Από εκείνο το σημείο και μετά αναλαμβάνει το κράτος, μέχρι ο γιατρός να κρίνει πως ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του.

Τέλος, η φαρμακευτική περίθαλψη κοστίζει 200 ευρώ το χρόνο και καλύπτει οποιαδήποτε ανάγκη σε όλα τα φάρμακα και σε οποιαδήποτε ποσότητα, για τους επόμενους δώδεκα μήνες (Χούκλη, 2007).

2.2 Δαπάνες για την υγεία

Δυστυχώς, οι δαπάνες δεν φαίνεται να αυξάνονται στους τομείς της κοινωνικής πρόνοιας, της περίθαλψης και της ασφάλισης, παρά το γεγονός πως η κυβέρνηση διατίθεται πως σύντομα αναμένεται πρωτογενές πλεόνασμα που θα φτάνει το 2.9% του ΑΕΠ ή τα 5.4 δις ευρώ, εάν μιλήσουμε με αριθμητικά δεδομένα. Φυσικά δεν πρέπει καν να αναφερθεί το ζήτημα της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, όπου δεν αναφέρεται σε κανένα προσχέδιο ή μνημόνιο. Αξίζει να καταγραφεί η δήλωση του πρώην υπουργού υγείας στην ημερίδα «Υγεία: Σχεδιάζοντας το μέλλον», που διοργανώθηκε από το Med and Health Business και την Direction Business Network και που ανέφερε πως «το 2015 η δαπάνη θα ανερχόταν στα 2 δις ευρώ». Φυσικά είναι πολύ αρνητικό το φαινόμενο του γαντζώματος της φαρμακευτικής δαπάνης στα 2 δις ευρώ, όταν μέσα σε αυτήν περιλαμβάνονται επίσης τα εμβόλια, τα παράγωγα αίματος και οι ανασφάλιστοι και ενώ οι εκπρόσωποι της φαρμακοβιομηχανίας ζητούν διόρθωση με επιπλέον 300 εκατομμύρια ευρώ.

Εντούτοις, και βάσει των επίσημων οικονομικών στοιχείων, η δαπάνη βαίνει διαρκώς μειούμενη, ενώ επειδή ο στόχος του πρωτογενούς πλεονάσματος είναι αρκετά υψηλός, βάσει του ΜΠΔΣ – Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής, αναμένονται μεγαλύτερες μειώσεις στην δημόσια περίθαλψη, ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Πιο αναλυτικά, οι πραγματοποιηθείσες δαπάνες το 2013 βρισκόνταν στα

1.6 δις ευρώ περίπου, το 2014 στα 1.45 δις ευρώ περίπου και το 2015 στα 1.4 δις ευρώ περίπου.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε κάποια συμπεράσματα που θα μπορούσαν να καταγραφούν με τον εξής τρόπο:

- Εξαιτίας την μειωμένης χρηματοδότησης από τον ΠΑΙΔΙ (πρώην ΕΟΠΥΥ), είναι αναγκαίο το αντιστάθμισμα με πρόσθετη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.
- Εξαιτίας των μειωμένων δαπανών μισθοδοσίας, που προκύπτουν από την εφαρμογή των μέτρων κινητικότητας του ιατρικού προσωπικού και τις μειωμένες μεταβιβάσεις του Τακτικού Προϋπολογισμού προς τον ΠΑΙΔΙ, δημιουργούνται μισθοδοτικά προβλήματα σε όλο το εύρος των ιατρικών επαγγελμάτων.
- Εμφανίζεται μία τάση αύξησης των επιχορηγήσεων του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζεται μία ισόποση μείωση των αποδιδόμενων πόρων προς αυτούς, που οδηγεί στον κατακερματισμό των εσόδων τους.

Βάσει των νέων μέτρων οι ασφαλιστικές εισφορές του ΠΑΙΔΙ αναμένεται να βρεθούν εντός στόχων, αν και η μείωση της επιχορήγησής του κατά 140 εκατομμύρια ευρώ, θεωρείται βέβαιη και οφείλεται στην εφαρμογή των προγραμμάτων κινητικότητας και διαθεσιμότητας του ατρικού προσωπικού.

Γενικά για τα δημόσια νοσοκομεία ισχύει ότι ο προϋπολογισμός τους στον τομέα των εσόδων εκτελείται σύμφωνα με τις επιταγές του αρχικού σχεδιασμού, ενώ τα προβλήματα εντοπίζονται στις μεταβιβάσεις που προέρχονται από τον ΠΑΙΔΙ, αφού εκεί παρατηρούνται τα περισσότερα αρνητικά ζητήματα. Για να διορθωθεί το πρόβλημα, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν ακόμη περισσότερες μεταβιβάσεις πιστώσεων προς το ΠΑΙΔΙ, που θα προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τέλος, και όσον αφορά την χρηματοδότηση φορέων από τα προγράμματα εξόφλησης ληξιπρόθεσμων οφειλών, υπολογίζονται τα εξής ποσά:

- 1.294 δις ευρώ για τα νοσοκομεία
- 1.526 δις ευρώ για την περίθαλψη (ΠΑΙΔΙ).

Αξίζει να αναφερθεί πως στις 31/12/2012 το συνολικό ύψος των ληξιπρόθεσμων οφειλών των φορέων, βρισκόταν στα 9.5 δις ευρώ, ενώ στις 31/08/2014, το ποσό είχε περιοριστεί στα 4.7 δις ευρώ.

Βάση μίας εκ των τελευταίων εκθέσεων του ΟΟΣΑ – Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, προέκυψαν αυτά που ακολουθούν:

Ο ρυθμός ανάπτυξης της δαπάνης, καθώς και τα ποσά που δαπανώνται από τις χώρες του ΟΟΣΑ για τον κλάδο της υγείας, αφορούν ένα μεγάλο κομμάτι της κοινωνίας και του φάσματος της αγοράς, ενώ έχουν μεγάλη συνάφεια και με τις οργανωτικές δομές των συστημάτων υγείας.

Τα περισσότερα χρήματα και μάλιστα με μεγάλη διαφορά, από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, το 2011 τα ξόδευαν οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, φτάνοντας για κάθε άτομο το ισοδύναμο ποσό – ρεκόρ των 8.508 δολαρίων. Εάν πάρουμε σαν γνώμονα αυτό το ποσό δαπάνης και το συγκρίνουμε με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, θα δούμε πως είναι διπλάσιο, ακόμη και συγκριτικά με χώρες όπως η Ελβετία, η Ολλανδία και η Νορβηγία που ακολουθούν ως οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες στον κλάδο της υγείας. Το ποσό δαπάνης ανά άτομο που αφορά την υγειονομική περίθαλψη, είναι διπλάσιο για τους Αμερικανούς πολίτες, ακόμη και σε σύγκριση με μεγάλες και πολύ ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, όπως η Γερμανία και η Γαλλία, που όμως ακόμη και αυτές δεν μπορούν συνήθως να ανταγωνιστούν τις χώρες του Σκανδιναβικού βορρά. Έχει υπολογιστεί πως περίπου οι μισές χώρες του ΟΟΣΑ προσφέρουν κατά μέσο όρο το κατά κεφαλήν ποσό των 3.000 με 4.500 δολαρίων, προσαρμοσμένο αναλόγως στην αγοραστική δύναμη της εκάστοτε, προς εξέταση, χώρας. Οι περισσότερες από τις χώρες της κεντρικής και νότιας Ευρώπης – μέλη του ΟΟΣΑ, μαζί με την Χιλή και την Κορέα, βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο των 3.000 δολαρίων, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα κατά κεφαλήν δαπάνης, καταγράφηκαν στην Τουρκία και το Μεξικό, όπου τα επίπεδά τους βρίσκονται μόλις στο ένα τρίτο του μέσο όρου του ΟΟΣΑ.

Εκτός του ΟΟΣΑ, ιδιαίτερη ανάπτυξη φαίνεται να παρουσιάζουν οι αναδυόμενες οικονομίες της Ινδίας και της Κίνας, που ξεπερνούν κατά τουλάχιστον 13% τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που περιλαμβάνει τις Ευρωπαϊκές χώρες.

Το συμπέρασμα που βγαίνει βλέποντας τα παραπάνω, είναι ότι στις Η.Π.Α. οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες που αφορούν την υγεία είναι πολύ μεγαλύτερες από όλες τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, παρόλο που ο ιδιωτικός τομέας της υγείας είναι κυρίαρχος στην καθημερινότητα των Αμερικανών πολιτών.

Από το 2009 και μετά και έπειτα από πολλά χρόνια ανάπτυξης, οι δαπάνες για την υγεία έχουν επιβραδυνθεί σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σε πολλές χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ. Βέβαια, κάθε μία από τις 34 χώρες, έχει επηρεαστεί σε διαφορετικό βαθμό, αφού η κάθε μία έχει διαφορετική στρατηγική εξόδου από την κρίση. Εάν πάρουμε τον μέσο όρο που αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, κατά την περίοδο 2000 έως 2009, τότε θα δούμε μία σταθερή αύξηση κατά 4.1% ανά έτος. Η πλήρης αντίθεση έρχεται την διετία 2009 έως 2011, όπου το μέσο όρο των κατά κεφαλήν δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ αυξάνεται μόλις κατά 0.2%. Είναι λογικό λοιπόν, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης να επηρέασαν σημαντικά την καθημερινότητα της κάθε χώρας του κόσμου.

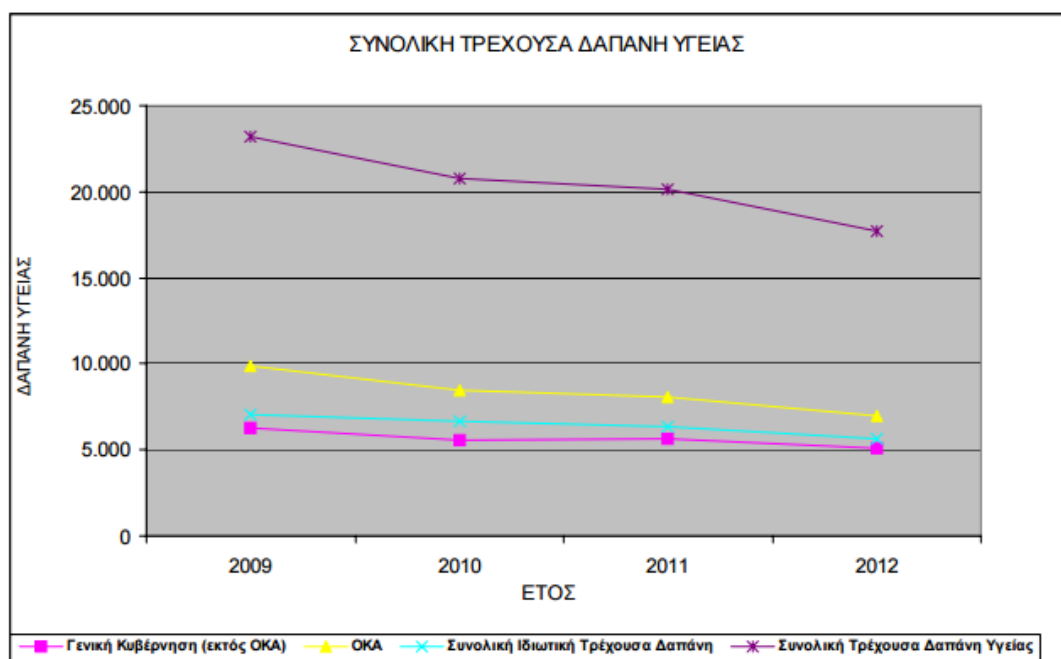
Κάθε χώρα του ΟΟΣΑ, αντέδρασε διαφορετικά στην έκταση της επιβράδυνσης των δημοσίων δαπανών της. Σε πολλές χώρες, παρατηρήθηκαν σημαντικές και δραστικές περικοπές των δαπανών στην υγεία, ενώ σε κάποιες άλλες, οι δαπάνες συνέχισαν να αυξάνονται, αλλά με αρκετά πιο μειωμένο ρυθμό.

Οι Ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, είδαν να υφίστανται δραματικές αλλαγές στις δαπάνες για την υγεία, σε σχέση με την χρονική περίοδο πρώτου το ξέσπασμα της κρίσης. Στην Ελλάδα για παράδειγμα, ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης από το 2000 έως το 2009 ξεπερνούσε το 5% το χρόνο, ενώ από το 2010 και μετά, οι δαπάνες μειώνονταν κατά 11% το χρόνο. Άλλα παραδείγματα χωρών, που παρουσίαζαν ισχυρή ανάπτυξη, αλλά εν τέλει υπέστησαν σημαντικές μειώσεις στις κατά κεφαλήν δαπάνες, ήταν η Εσθονία και η Ιρλανδία.

Στις περισσότερες χώρες του πλανήτη, οι ετήσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά, κατά την διετία 2009 – 2011, ακόμα και σε χώρες εκτός της Ευρώπης, όπως οι Η.Π.Α. (μείωση κατά 1.3%) και ο Καναδάς (μείωση κατά 0.8%). Κατά την ίδια περίοδο, μόνο δύο χώρες του ΟΟΣΑ κατάφεραν να αυξήσουν τις δαπάνες της υγείας των πολιτών τους από το 2009 και μετά σε σχέση με την περίοδο πρώτου την κρίση, και πιο συγκεκριμένα η Ιαπωνία και το Ισραήλ. Τέλος, οι δαπάνες στην Βόρεια και την

νότια Κορέα, συνέχισαν να αυξάνονται κατά 6% το χρόνο από το 2009 και μετά, αν και ο ρυθμός ήταν σημαντικά βραδύτερος, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια.

Τα παρακάτω γραφήματα, αναλύονται ως προς το περιεχόμενό τους, για την καλύτερη ανάλυση των δημόσιων δαπανών υγείας:



Γράφημα 1. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας

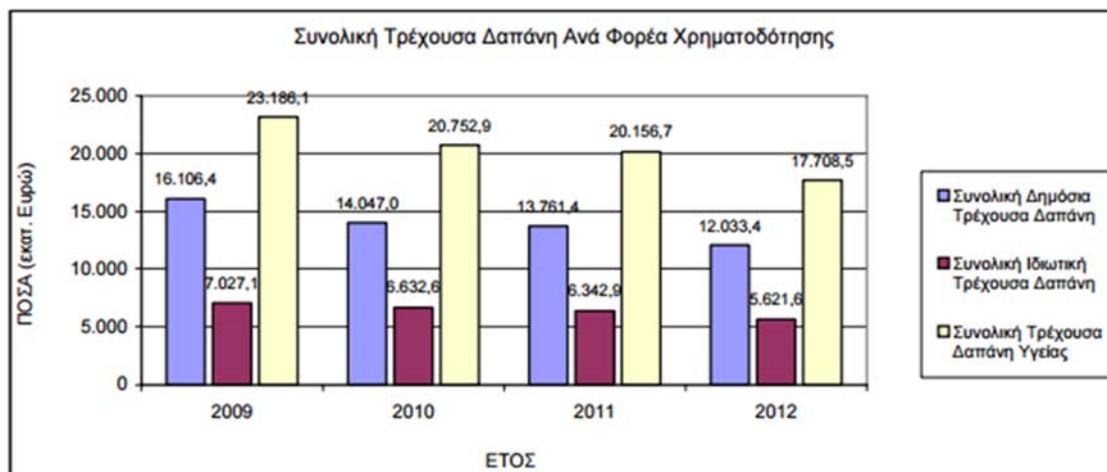
Στην χώρα μας, η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ – Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, για τα έτη 2009, 2010, 2011 και 2012, διαμορφώθηκε σε 10.03%, 9.34%, 9.67% και 9.16% αντίστοιχα.

Παρουσιάζεται λοιπόν, η τρέχουσα συνολική υγειονομική δαπάνη ανά φρέα χρηματοδότησης και πιο συγκεκριμένα για:

- Την Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)
- Τους Οργανισμούς κοινωνικής Ασφάλισης
- Τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες
- Τα νοικοκυριά
- Οι λοιπές δαπάνες, από εκκλησία ή από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ).

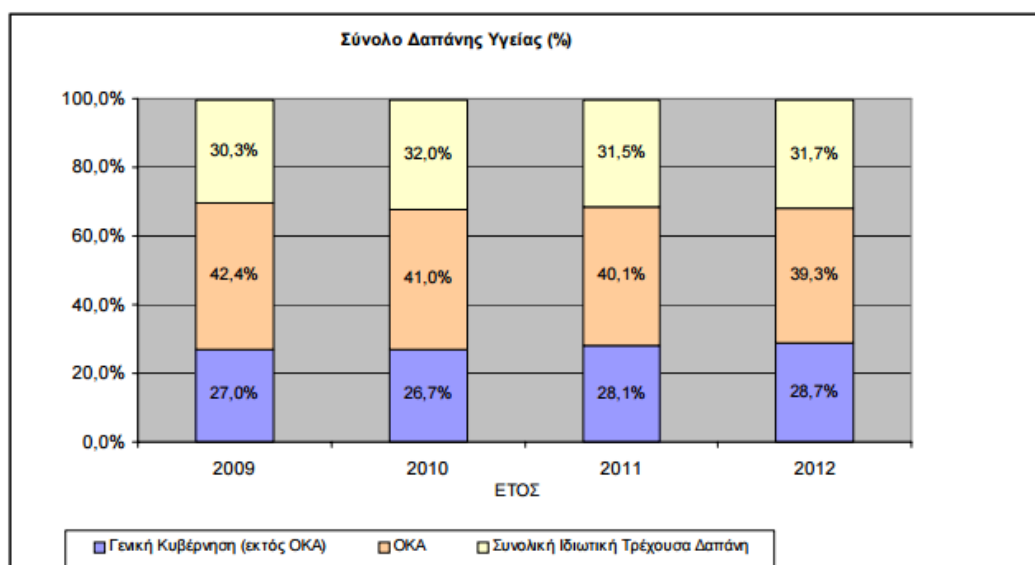
Οι τρέχουσες συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας, παρουσίασαν κατά μέσο όρο μείωση το 2011 κατά 2% σε σχέση με το 2010, καθώς και κατά 12.6% το 2012 σε σχέση με το

2011. Από την άλλη, η τρέχουσα συνολική ιδιωτική δαπάνη παρουσίασε μείωση το 2011 κατά 4.4% σε σχέση με το 2010, καθώς και κατά 11.4% το 2012 σε σχέση με το 2011.



Γράφημα 2. Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης

Επίσης, καταγράφεται το ποσοστό συμμετοχής του κάθε φορέα, σχετικά με την τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας. Στην τρέχουσα συνολική δαπάνη και ως προς την συμβολή του δημοσίου τομέα, παρατηρείται μείωση σε 68% το 2012, σε σχέση με το 2009 που βρισκόταν στο 69.5%.

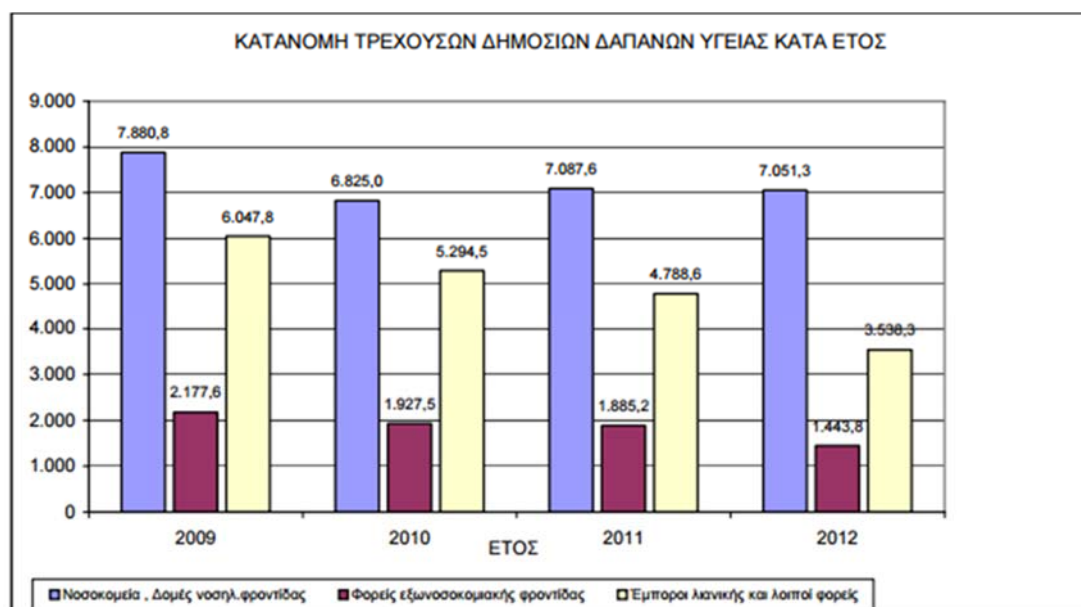


Γράφημα 3. Σύνολο δαπάνης υγείας (%)

Βάσει της δομής των πινάκων του Συστήματος λογαριασμών Υγείας, παρουσιάζονται τα στοιχεία δαπανών υγείας σχετικά με:

Την χρηματοδότηση των φορέων, που αφορούν τους προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

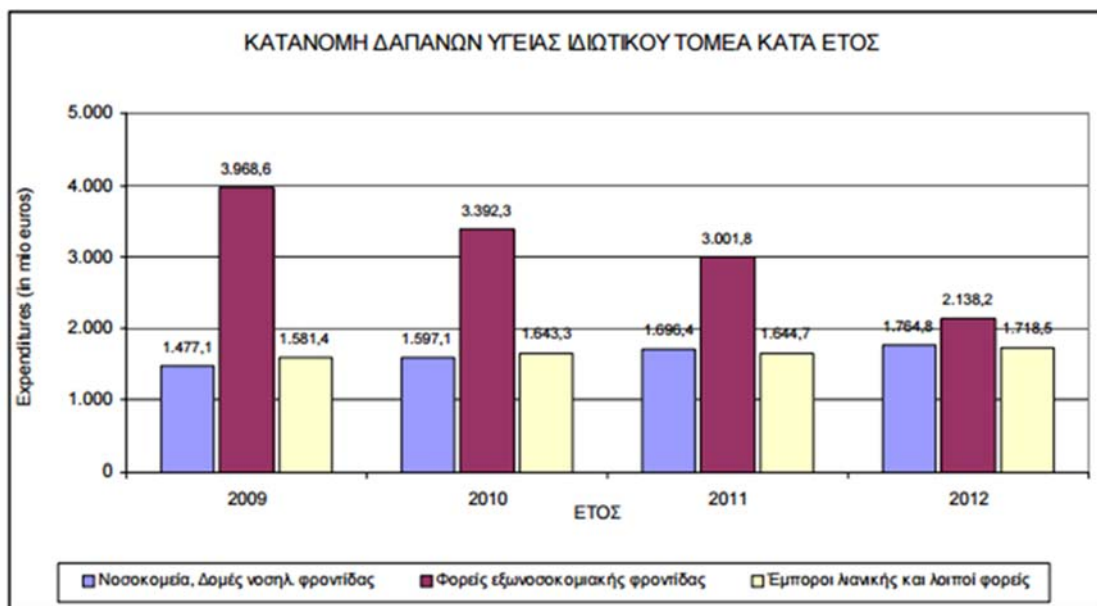
Εδώ, εμφανίζεται η χρηματοδότηση των φορέων της εγχώριας οικονομίας, όπως η Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, τα νοικοκυριά, ΟΚΑ, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και οι λοιπές δαπάνες τύπου εκκλησίας, ΜΚΟ, προς τους προμηθευτές που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία.



Γράφημα 4. Κατανομή τρεχουσών δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος

Την χρηματοδότηση που σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας, ανά φορέα χρηματοδότησης.

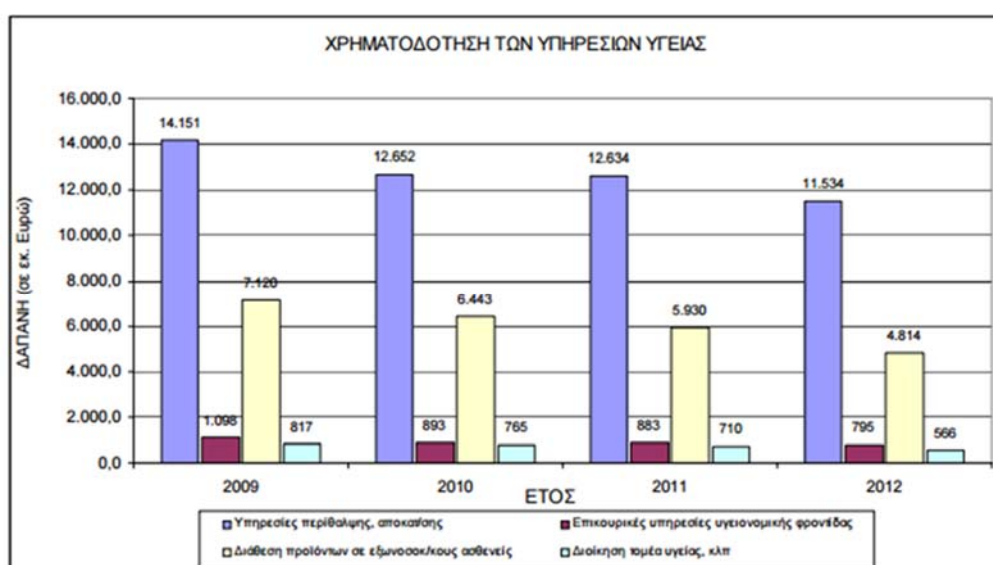
Εδώ, εμφανίζεται η χρηματοδότηση των φορέων της εγχώριας οικονομίας, ανά υγειονομική δραστηριότητα, δηλαδή τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την ενδο – νοσοκομειακή θεραπεία, τα υγειονομικά και φαρμακευτικά προϊόντα και την μακροχρόνια φροντίδα.



Γράφημα 5. Κατανομή δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα κατά έτος

Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης, ανά υγειονομική δραστηριότητα και προμηθευτή υγείας.

Εδώ, εμφανίζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης, ανά υγειονομική δραστηριότητα, όπως οι υπηρεσίες αποκατάστασης, η μακροχρόνια φροντίδα και η ενδο – νοσοκομειακή θεραπεία και ανά προμηθευτή υγείας, όπως οι γιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα και τα νοσοκομεία.



Γράφημα 6. Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία δείχνουν πως οι δημόσιες και ιδιωτικές συνολικές δαπάνες μειώθηκαν στο 9.16% του ΑΕΠ το 2012, σε σχέση με το 10.03% του ΑΕΠ που βρίσκονταν το 2009. Το σύνολο της τρέχουσας δαπάνης για την υγεία, μειώθηκε στα 17.708 δις το 2012, από τα 23.186 δις ευρώ που βρισκόταν το 2009. Η μεγαλύτερη πτώση αποκαλύφθηκε ότι αφορούσε την δημόσια επένδυση, αφού το 2012 έφτασε τα 12.033 δις ευρώ, όταν το 2009 ήταν στα 16.106 δις ευρώ, δηλαδή μία μείωση που έφτασε τα 4 δις ευρώ. Τέλος, η ιδιωτική δαπάνη, έπεσε στα 5.621 δις ευρώ το 2012, αποκαλύπτοντας περικοπές της τάξεως του 1.4 δις ευρώ.

2.3 Κόστος φαρμάκων

Από το σύνολο των δαπανών που σχετίζονταν με την υγεία, οι δαπάνες που αφορούσαν τα φαρμακευτικά προϊόντα ξεπερνούσαν το 1/6 του συνόλου, δηλαδή περίπου το 17%, κατά μέσο όρο το 2011 για τις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ. Έτσι, η συγκεκριμένη δαπάνη αποτελούσε την τρίτη μεγαλύτερη, μετά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και ακολούθως την εξωνοσοκομειακή.

Το 2011, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ η συνολική φαρμακευτική αποτίμηση έφτανε τα 800 δις δολάρια. Αυτό που παρατηρήθηκε όμως, ήταν η μεγάλη διαφορά των φαρμακευτικών δαπανών ανά κάτοικο, μεταξύ των χωρών, εμφανίζοντας σημαντικές διαφορές στην δομή της κατανάλωσης, τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και τον όγκο των ποσοτήτων. Το 2011 επίσης, σε κατά κεφαλήν βάση, οι Η.Π.Α. δαπανούσαν 1.000 δολάρια, για φαρμακευτικά προϊόντα, ξεπερνώντας οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ. Σημαντικά μεγαλύτερα ποσά σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, δαπάνησαν επίσης ο Καναδάς, που έφταναν τα 701 δολάρια, και η Ελλάδα, που έφταναν τα 673 δολάρια. Από την άλλη μεριά, τα χαμηλότερα ποσά δαπανών, προσφέρονταν από την Χιλή και το Μεξικό.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσώπευαν κατά μέσο όρο περίπου το 1.5% του ΑΕΠ, όπου το 0.8% χρηματοδοτούνταν από το δημόσιο και το υπόλοιπο από ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης. Βλέποντας τις χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρείται ότι το μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ κυμαίνεται σε

περισσότερο από 2.5% για την Ελλάδα και την Ουγγαρία και σε λιγότερο από 1% για την Χιλή, την Νορβηγία, το Λουξεμβούργο και την Δανία.

Σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρήθηκε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, εξαιτίας της σημαντικής επίδρασης της οικονομικής κρίσης. Κατά μέσο όρο σε αυτές τις χώρες, καταγράφηκε αύξηση κατά 3.5% σε πραγματικούς όρους, όσον αφορά την φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο, για την περίοδο 2000 έως 2009. Αντιθέτως, από το 2009 μέχρι το 2011, καταγράφηκε αρνητικός μέσος ρυθμός αύξησης, που άγγιζε το -0.9%.

Από το 2009 έως το 2011, παρατηρήθηκαν χαμηλότεροι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης φαρμακευτικών δαπανών, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, σε σχέση με την περίοδο 2000 έως 2009, εκτός από την Αυστραλία και την Χιλή. Στις χώρες που επλήγησαν σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση, η μείωση ήταν εμφανώς εντονότερη. Στην χώρα μας, υπήρχε μείωση της τάξεως του 10% στις φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο, τόσο το 2010 όσο και το 2011, σε σχέση με τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που παρατηρούνταν τα προηγούμενα έτη. Σημαντικές μειώσεις μεταξύ 2009 και 2011, παρουσίασαν και άλλες χώρες όπως η Ιρλανδία, κατά -4.4%, η Ισλανδία, κατά -4.7%, η Πορτογαλία, κατά -5.9% και η Εσθονία, κατά -7.2%. Ακόμη και σε μερικές από τις πιο ανεπτυγμένες οικονομίες, παρουσιάστηκαν αρνητικές δαπάνες ανάπτυξης ανά κάτοικο, αφού μειώθηκαν οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης κατά μέσο όρο από το 2009 έως το 2011 για παράδειγμα στον Καναδά, κατά -0.3%, στις Η.Π.Α., κατά -0.5%, στην Γαλλία, κατά -0.6% και στην Γερμανία, κατά -0.7%.

Αξίζει να αναφερθούν τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί από τις χώρες του ΟΟΣΑ, ώστε να μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων:

- Της εισαγωγής των τιμών αναφοράς
- Της περικοπής των τιμών, μέσω διαπραγματεύσεων με διάφορους παρασκευαστές προϊόντων φαρμακευτικής φύσεως
- Της προώθησης της χρήσης φαρμάκων με κοινή ονομασία
- Της εφαρμογής υποχρεωτικών εκπτώσεων
- Της μείωσης της κάλυψης
- Των αυξήσεων σε συνδρομές από τα νοικοκυριά
- Των μειώσεων του φόρου προστιθέμενης αξίας που αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα

- Των κεντρικών δημόσεων συμβάσεων των προϊόντων φαρμακευτικής φύσεως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΝΝ ΠΕΛΛΑΣ

3.1 Προφίλ Ν. Πέλλας

Ο νομός Πέλλας ανήκει στο γεωγραφικό διαμέρισμα της Μακεδονίας και εδαφικά συνορεύει στα δυτικά με τον νομό Φλώρινας, στα νότια με τους νομούς Κοζάνης και Ημαθίας, στα ανατολικά με τον νομό Κιλκίς, στα νοτιοανατολικά με τον νομό Θεσσαλονίκης και στα βόρεια με το FYROM.

Η αρχαία πρωτεύουσα ή αλλιώς η Ιερή πόλη της Μακεδονίας Έδεσσα, αποτελεί την πρωτεύουσα του νομού και είναι γνωστή για τους περίφημους καταράκτες της, που είναι οι μεγαλύτεροι των Βαλκανίων. Άλλα σημαντικά κέντρα της περιοχής είναι η Κρύα Βρύση, τα Γιαννιτσά, η Αριδαία, η Άρνισσα και η Σκύδρα (Ιστοσελίδα Τουρισμού Νομού Πέλλας).

Το μεγαλύτερο εδαφικό ποσοστό του νομού καλύπτεται από δάση, βοσκότοπους και καλλιεργήσιμη γη, ενώ τα σημαντικότερα βουνά που περιβάλλουν την περιοχή είναι το όρος Βόρας, το Βέρμιο, το Πάικο, το Τζένα και το Πίνοβο. Από την άλλη, οι βασικότερες πεδινές εκτάσεις είναι η μεγάλη πεδιάδα των Γιαννιτσών, που βρίσκεται στο νοτιοανατολικό τμήμα του νομού και η πεδιάδα της Αριδαίας, που βρίσκεται στο

βόρειο τμήμα. Φυσικά, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τόσο τα οικοσυστήματα, όσο και το φυσικό περιβάλλον, όπως οι ορεινοί όγκοι που είδαμε παραπάνω, οι ποταμοί Λουδίας, Έδεσσαίος, Αλιάκμονας και Μογλένιτσα και οι λίμνες Άγρα και Βεγορίτιδα. Εξαιτίας των υδάτινων όγκων του νομού, η περιοχή χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά πλούσια σε υπόγειο και επιφανειακό υδάτινο όγκο. Επίσης, σε όλη την ευρύτερη περιοχή, υπάρχουν ιδιαίτεροι αρχαιολογικοί χώροι, που μαζεύουν δεκάδες τουρίστες κάθε χρόνο (Ιστοσελίδα Τουρισμού Νομού Πέλλας).

Ο νομός Πέλλας, όσον αφορά τις δραστηριότητες, την οικονομία και την μορφολογία, χαρακτηρίζεται από την ιδιαίτερη πολυμορφία του. Μέσω απλών δεικτών εξέλιξης, όπως η συγκέντρωση των θέσεων εργασίας στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα, η πληθυσμιακή μεταβολή και η κατανομή του αγροτικού εισοδήματος, είναι δυνατόν να καταγραφεί η διαφορετικότητα στους ρυθμούς ανάπτυξης μεταξύ των διαφορετικών μορφολογικών τμημάτων, στο πέρασμα των χρόνων. Από την εξέταση των δεικτών που αναφέρθηκαν, προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα σχετικά με την διαφορετικότητα της ανάπτυξης μεταξύ των πεδινών και των ορεινών τμημάτων του νομού, αφού καταγράφεται απουσία νέων θέσεων εργασίας, φυγή των νέων σε ηλικία πολιτών προς τα αστικά κέντρα και πληθυσμιακή αιμοραγία των ορεινών περιοχών.

Η συγκεκριμένη τάση έχει γενικά αντιστραφεί τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου, κυρίως εξαιτίας της υλοποίησης σημαντικών επενδύσεων στο βορεινό τμήμα του νομού, της αύξησης του τουρισμού και της επισκεψιμότητας και της δημιουργίας σημαντικών πόλων έλξης. Παρόλο που ο νομός βασίζεται κατά βάση στον αγροτικό κλάδο, εντούτοις τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία έντονη εκδήλωση δραστηριότητας, τόσο στον δευτερογενή, όσο και στον τριτογενή τομέα. Ο πολιτισμός και ο τουρισμός φαίνεται πως αποκτούν πρωταγωνιστικό ρόλο, αφού παρουσιάζουν σημαντικές προοπτικές εξέλιξης και θετικής συνεισφοράς στην αναβάθμιση του επιπέδου της ζωής των κατοίκων της περιοχής.

Η απομόνωση του νομού Πέλλας από τα βασικά δίκτυα μεταφορών, αποτελεί τον βασικό περιοριστικό παράγοντα των όποιων αναπτυξιακών προσπαθειών γίνονται, αφού η Εθνική οδός Έδεσσας – Θεσσαλονίκης, που αποτελεί τον κεντρικό οδικό άξονα, παρουσιάζεται σε κακή κατάσταση και αρκετά κορεσμένη, ώστε να δημιουργήσει ουσιαστικές προϋποθέσεις για ανάπτυξη.

Οι ανθρωπογενείς παρεμβάσεις, η μορφολογική ποικιλομορφία και το ξεχωριστό φυσικό περιβάλλον, αποτέλεσαν στο πέρασμα του χρόνου, τους βασικούς παράγοντες, ώστε να αναδειχθεί ο τουρισμός σε βασική συνιστώσα ανάπτυξης της ευρύτερης περιοχής (Ιστοσελίδα Τουρισμού Νομού Πέλλας).

Πίνακας 1. Πηγή: Ιστοσελίδα Τουρισμού νομού Πέλλας

Γεωγραφία και στατιστική	
Αριθμός επαρχιών:	3
Πρωτεύουσα:	Έδεσσα
Πληθυσμός:	139.680
Ποκνότητα:	55,74 κάτ./χλμ ²
Έκταση:	2.506 χλμ ²

3.2 Προφίλ της περιοχής των Γιαννιτσών

Η μεγαλύτερη πόλη του νομού Πέλλας είναι τα Γιαννιτσά των 32.000 περίπου κατοίκων, που ανήκουν στην περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας. Αποτελούν την πρωτεύουσα ενός διευρυμένου δήμου με την ονομασία «Καλλικρατικός» που αποτελείται από τους πρώην δήμους των Γιαννιτσών, Κύρρου, Μεγάλου Αλεξάνδρου, Κρύας Βρύσης και Πέλλας. Τα Γιαννιτσά βρίσκονται σε υψόμετρο 40 μέτρων, στο κέντρο της Μακεδονίας, βόρεια της αποξηραμένης λίμνης των Γιαννιτσών και μεταξύ του κάμπου των Γιαννιτσών και του όρους Πάικο.

Βάση πρόσφατων απογραφών, ο συνολικός πληθυσμός του δήμου ξεπερνάει τους 64.000 κατοίκους, ενώ στα Γιαννιτσά οι κάτοικοι ξεπέρασαν τους 32.000. Επίσης, σημαντικά κέντρα για τον συγκεκριμένο δήμο αποτελούν η Αραβησσός, οι Γαλατάδες, η Καρυώτισσα και ο Νέος Μυλότοπος. Τα χωριά, Ασβεσταριό, Παραλίμνη, Αρχοντικό, Δαμιανό, Λεπτοκαρυά, Πενταπλάτανο και Ελευθεροχώρι, καθώς και τα δημοτικά διαμερίσματα Μελίσι και Αμπελιές, αποτελούν τμήματα της Δημοτικής Ενότητας Γιαννιτσών (Ιστοσελίδα Τουρισμού Νομού Πέλλας).

Λόγω του ότι τα Γιαννιτσά βρίσκονται στην μεγαλύτερη πεδιάδα της Ελλάδας, και πιο συγκεκριμένα στην πεδιάδα Θεσσαλονίκης – Γιαννιτσών, το έδαφος τους χαρακτηρίζεται ως πεδινό, ενώ το κλίμα ξηρά και ζεστά καλοκαίρια, καθώς και βαρείς και ψυχρούς χειμώνες.

Τα Γιαννιτσά θεωρούνται αγροτική περιοχή, με τον ξακουστό «Βάλτο» να έχει συντελέσει στην συγκράτηση του νέου πληθυσμού, αφού προσφέρει πολλά οικονομικά πλεονεκτήματα σε όλη την γύρω έκταση. Η περιοχή διακρίνεται επίσης για την ταχεία ανάπτυξή της, αφού ήδη λειτουργούν 550 επιχειρήσεις, από τις οποίες οι 10 αποτελούν βιομηχανίες και οι υπόλοιπες εμπορικά μαγαζιά και βιοτεχνίες.

Στα Γιαννιτσά υπάρχουν πολλά αθλητικά σωματεία και πολιτιστικοί σύλλογοι με αξιόλογη δραστηριότητα, ενώ η υγεία των κατοίκων καλύπτεται από το Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών, που ιδρύθηκε το 1993 και το τοπικό κατάστημα του ΙΚΑ. Τέλος, λειτουργούν τέσσερα γενικά γυμνάσια και ένα μουσικό, που φιλοξενούν 1.670 μαθητές, τρία ενιαία λύκεια, με πάνω από 1.000 μαθητές, δύο ΕΠΑΛ, που ξεπερνούν τους 850 μαθητές και ένα μουσικό λύκειο (Ιστοσελίδα Τουρισμού Νομού Πέλλας).

3.3 Νοσοκομεία περιοχής και στατιστικά των ασθενών

Το Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας, περιλαμβάνει παράλληλα τα Γενικά Νοσοκομεία Γιαννιτσών και Έδεσσας και λειτουργεί ως ενιαίος οργανισμός. Στα νοσοκομεία που αναφέρθηκαν προηγουμένως, παρακολουθούνται σε ετήσια βάση, περίπου 53.000 ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα στοιχεία και στατιστικά, θα καταγραφούν σε επόμενες ενότητες.

3.4 Γενικά στοιχεία

Στον Ενιαίο Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας, ανήκει και το Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών. Το νοσοκομείο της Έδεσσας, ιδρύθηκε το 1925 και λειτούργησε στην Έδεσσα, στην πρώην λεγόμενη «Πρακτική Σχολή», που αφορούσε κυρίως άπορα κορίτσια και που λειτουργούσε ως σχολή επαγγελματικής κατάρτισης για την εκμάθηση ενός πρακτικού επαγγέλματος.

Εν τέλει, οι εγκαταστάσεις της πρακτικής σχολής, κήκαν σε πυρκαγιά, αλλά το νοσοκομείο είχε ήδη μεταφερθεί στην περιοχή «Ψηλός Βράχος». Το πρώτο νοσοκομείο λειτουργούσε σαν δημοτικό νοσοκομείο, χωρίς την ύπαρξη συγκεκριμένων ειδικοτήτων, αφού οι γιατροί που το στελέχωναν ορίζονταν ως «Ιατροί Γενικής Ιατρικής». Το ιατρικό προσωπικό, όπως και οι γιατροί ήταν ελάχιστοι, αφού δεν ξεπερνούσαν τους δέκα σε αριθμό, ενώ ελάχιστη ήταν και η δύναμη σε κλίνες. Στον αντίποδα όμως, ήταν σημαντική η εθελοντική εργασία, που εξυπηρετούσε το νοσοκομείο σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Τα δημοτικά έσοδα και οι δωρεές αποτελούσαν τους πόρους χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο μεταφέρθηκε στο κέντρο της πόλης, σε νέες εγκαταστάσεις, το 1945, ενώ το 1952, τέθηκαν οι βάσεις για μία πιο σύγχρονη λειτουργία των υπηρεσιών του, εξαιτίας της έκδοσης του νέου οργανισμού του νοσοκομείου. Διοικούνταν από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο και λειτουργούσε ως Γενικό Νοσοκομείο, ενώ πολύ αργότερα μετονομάστηκε σε Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο.

Στον νέο οργανισμό προβλεπόταν αύξηση της δύναμης των κλινών στις 60 μονάδες, όπου ο τομέας του παθολογικού είχε 27 κλίνες, ο χειρουργικός 23 και η μαιευτική, που βρισκόταν και σε ξεχωριστό κτίριο, είχε 10 κλίνες. Ραγδαία ήταν και η αύξηση του ιατρικού προσωπικού, αφού πλέον αριθμούσε στους 55 εργαζομένους. Πέντε ειδικοί γιατροί – διευθυντές, υπήρχαν σε μόνιμη βάση και πιο συγκεκριμένα, ένας χειρουργός, ένας παθολόγος, ένας ακτινολόγος, ένας μαιευτήρας και ένας μικροβιολόγος, ενώ υπήρχαν και 2 βοηθοί για ειδίκευση 2 - 3 ετών. Τέλος, υπήρχε μόνιμα και ένας φαρμακοποιός.

Δύο μαιές και 28 νοσηλεύτριες, που είχαν μόνο πρακτική εκπαίδευση, αποτελούσαν το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το διοικητικό προσωπικό αποτελούνταν από έξι εργαζομένους και το βοηθητικό από 11. Στις εργασίες και την λειτουργία του νοσοκομείου, ήταν σημαντική η προσφορά των εθελοντριών του «Ερυθρού Σταυρού». Ο στόλος του νοσοκομείου για την μεταφορά των ασθενών, αποτελούνταν από ένα ασθενοφόρο, ενώ υπήρχαν και δύο υγειονομικοί σταθμοί, στις περιοχές της Κρύας Βρύσης και της Αριδαίας.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι επιχορηγήσεις που προέρχονταν από την Νομαρχία και το Υπουργείο, αποτελούσαν τους πόρους εσόδων του νοσοκομείου, με το 80% περίπου των ασθενών να έχουν στην κατοχή τους ενεργά βιβλιάρια απορίας.

Την δεκαετία του 1970, αποφασίστηκε και προγραμματίστηκε η ενέγερση νέου νοσοκομειακού κτιρίου, στην είσοδο της πόλης, κατόπιν απαλλοτρίωσης 28 στρεμμάτων. Το νέο κτίριο, των 12.000 τετραγωνικών μέτρων λειτουργικών χώρων, ξεκίνησε να φτιάχνεται και ολοκληρώθηκε την δεκαετία του 1980, ενώ το 1987 πραγματοποιήθηκε η μεταφορά του συνόλου των υπηρεσιών.

Το 1986, εκδόθηκε ο πρώτος οργανισμός του νέου νοσοκομείου, που όριζε την συνολική δύναμη κλινών στις 150 μονάδες. Καθορίστηκε η ύπαρξη τριών υπηρεσιών και πιο συγκεκριμένα:

- Της ιατρικής
- Της νοσηλευτικής
- Της διοικητικής και της διάρθρωσής τους.

Μετά από αυτές τις αλλαγές, ήταν αναγκαία και η αύξηση της δύναμης του προσωπικού, που ορίστηκε στους 498 εργαζομένους.

Ο επόμενος οργανισμός του νοσοκομείου, έλαβε χώρα το 2008, και αύξανε την δύναμη των κλινών σε 202 μονάδες και τους εργαζομένους στους 557, με την παρακάτω κατανομή:

- Ιατρικό: 84 Εργαζόμενοι
- Νοσηλευτικό: 274 Εργαζόμενοι
- Διοίκηση: 199 Εργαζόμενοι.

Στις μέρες μας, στο Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας λειτουργούν συνολικά εννέα κλινικές με τέσσερις διαφορετικές ειδικότητες Εξωτερικών Ιατρείων. Επιπλέον με αυτά, λειτουργούν δύο μονάδες με δύο τμήματα, πέντε εργαστήρια και ένα φαρμακείο. Τα έσοδα του νοσοκομείου προέρχονται από τις επιχορηγήσεις του Τακτικού Προϋπολογισμού και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α. να αποτελούν πλειοψηφία και τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α., του ΤΕΒΕ και του Δημοσίου να ακολουθούν.

Από το 1993, άρχισε να λειτουργεί και το γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών, αν και πιο συγκεκριμένα στοιχεία γι αυτό θα αναφερθούν στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, που σχετίζεται με την ανάλυση της εξέλιξης των δεικτών, για τα έτη πρωτού το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και μετά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

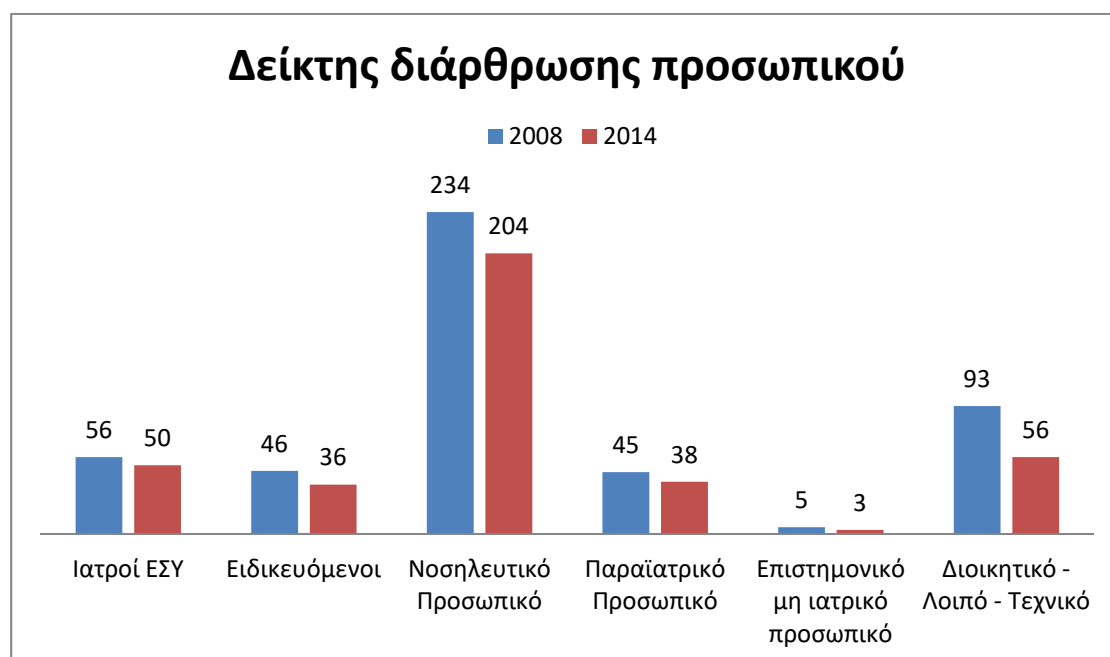
4.1. Μεθοδολογία

Στο σημείο αυτό ορθό θα ήταν να αναφερθεί η διαδικασία η οποία ακολουθήθηκε για την παρουσίαση των δεικτών που πραγματοποιείται παρακάτω. Οι δείκτες που εξετάζονται συγκεκριμένα είναι ο δείκτης διάρθρωσης προσωπικού, ο δείκτης κίνησης ασθενών, ο δείκτης ηλικιακής σύνθεσης προσωπικού, ο δείκτης ωραρίων εργασίας, ο δείκτης για τα κόστη νοσηλίων και ο δείκτης προμηθειών. Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένοι δείκτες διότι είναι αρκετά ενδεικτικοί τόσο για την διάρθρωση του προσωπικού του Νοσοκομείου Γιαννιτσών πριν και μετά την κρίση, ως προς όλες τις απόψεις (ποσοτικές, ηλικιακές, ωράρια εργασίας, κ.λπ.), για την διάρθρωση της υλικοτεχνικής υποδομής, για τον τρόπο με τον οποίο επηρεάστηκαν τα κόστη των νοσηλίων με τις πολιτικές λιτότητας, αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο επηρεάστηκε η κίνηση των ασθενών στο νοσοκομείο αυξομειώθηκε, γεγονός ενδεικτικό των καταστάσεων της κρίσης για την υγεία των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση τα στοιχεία αντλήθηκαν από ποσοτικά στατιστικά δεδομένα που τηρούνται σε αποθήκες δεδομένων από το ίδιο το Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών. Ωστόσο τα ποσοστά της αυξομείωσης και η παρουσίαση των γραφημάτων προέκυψε από προσωπική επεξεργασία.

4.2. Παρουσίαση αυξομειώσεων δεικτών

4.2.1. Δείκτης προσωπικού

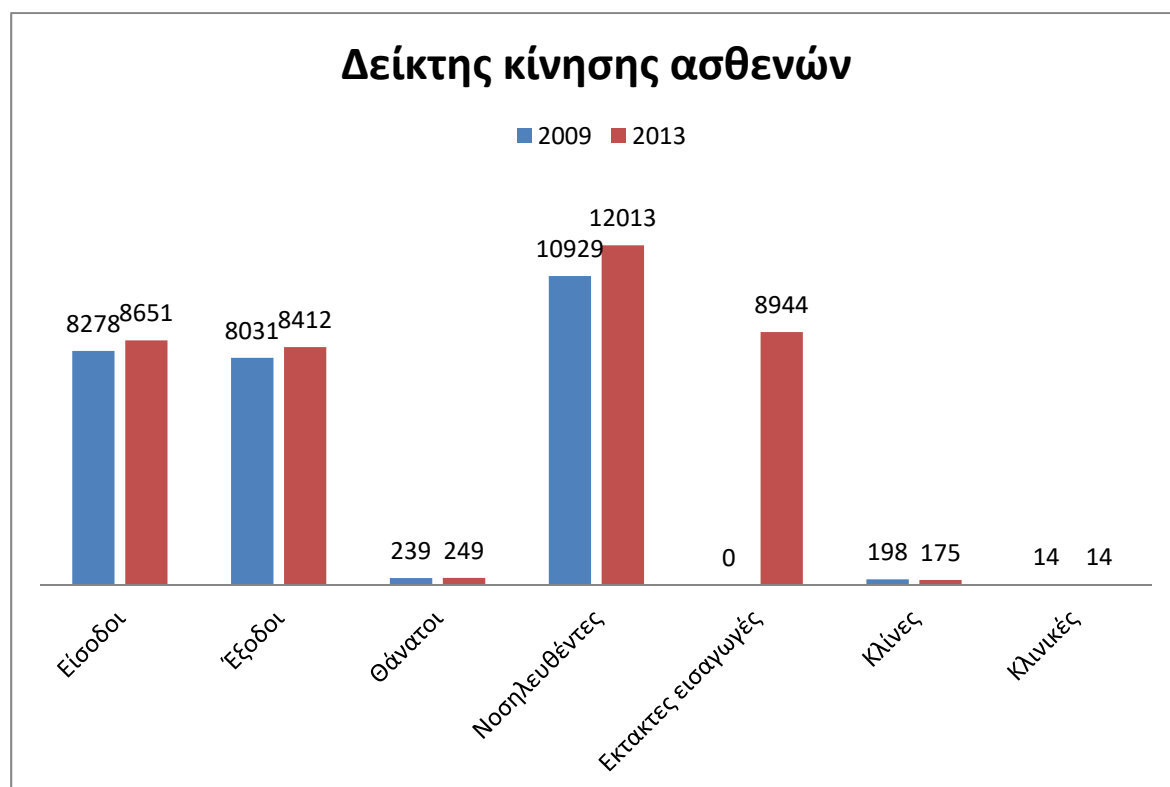
Ο δείκτης του προσωπικού διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:



Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα και κρατώντας την χρονολογία κατά την οποία ξεκίνησε η κρίση και την πιο πρόσφατη χρονολογία κατά την οποία τηρούνται τα στοιχεία από το Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών, παρατηρείται ότι σε κάθε ομάδα προσωπικού υπάρχει μείωση ανάλογη, ενδεικτική της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας. Έτσι λοιπόν παρατηρείται ότι για τους Ιατρούς ΕΣΥ έχουμε μια μείωση της τάξης του 11%, στην περίπτωση των ειδικευόμενων μείωση της τάξης του 22%, στην περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρείται μείωση της τάξης του 13%, στην περίπτωση του παραϊατρικού προσωπικού μείωση της τάξης του 16% και για το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό μείωση της τάξης του 40%. Τέλος στην περίπτωση του διοικητικού και του λοιπού ή τεχνικού προσωπικού παρατηρείται επίσης μια μείωση της τάξης του 40%.

4.2.2. Δείκτης κίνησης ασθενών

Ο δείκτης της κίνησης ασθενών στο νοσοκομείο διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:

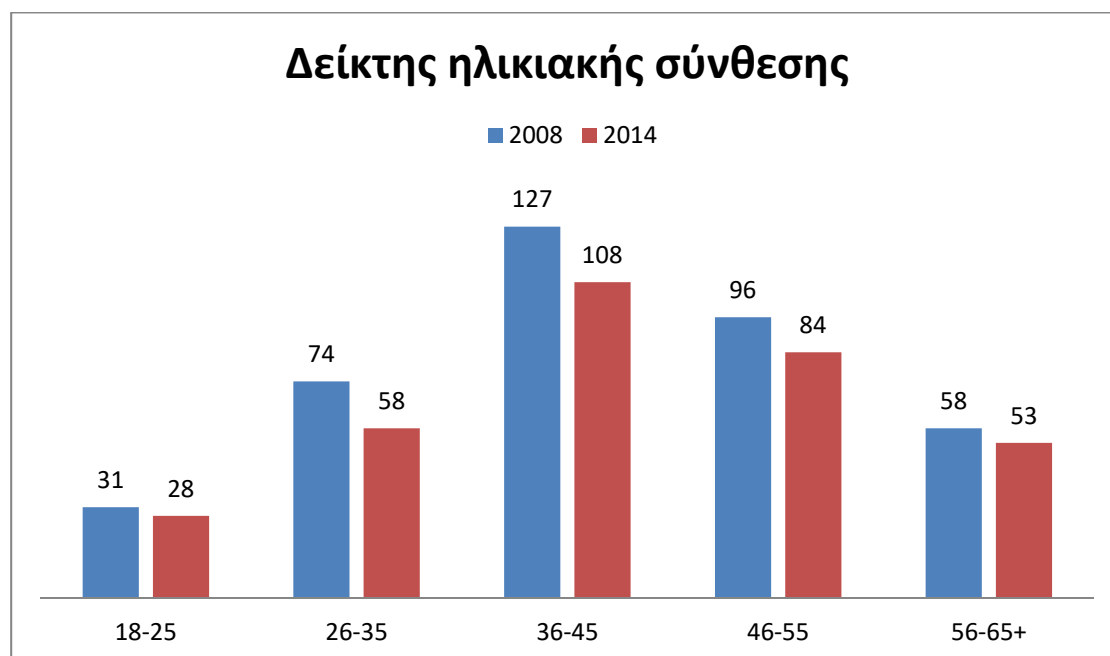


Ο συγκεκριμένος δείκτης γενικά είναι αρκετά πολυσύνθετος καθώς απαρτίζεται από διάφορα στοιχεία όπως φαίνεται και από το παραπάνω γράφημα. Δυστυχώς δεν έχουν ακόμη πραγματοποιηθεί μετρήσεις για το 2014 ενώ για το 2008 ήταν πολύ περιορισμένες και ελάχιστα ενδεικτικές. Έτσι λοιπόν, η σύγκριση πραγματοποιείται για τα έτη 2009 και 2013. Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των κλινικών παραμένει ίδιος και για τα 2 συγκρινόμενα έτη, ενώ οι κλίνες μειώνονται από 198 το 2009 σε 175 το 2013. Όσον αφορά στις έκτακτες εισαγωγές, για το 2009 δεν πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις, ενώ για το 2013 πραγματοποιήθηκαν 8944 έκτακτες εισαγωγές. Όσον αφορά στους νοσηλευθέντες το 2009 είχαμε 10929, ενώ ο αριθμός τους το 2013 ανήλθε σε 12013, αυξήθηκαν δηλαδή κατά 1084. Ο αριθμός των θανάτων αυξήθηκε κατά 10 από το 2009 στο 2013, αφού το 2009 ο αριθμός θανάτων ήταν 239 και αντιστοίχως το

2013 ήταν 249. Τέλος ομοίως αυξήθηκε ο αριθμός των εισόδων και των εξόδων, αφού το 2009 οι εισοδοί ήταν 8278 και το 2013 ήταν 8651, ενώ οι έξοδοι το 2009 ήταν 8031 και το 2013 ήταν 8412. Η αύξηση του αριθμού των ασθενών που εισέρχονται, εξέρχονται και νοσηλεύονται στο ξενοδοχείο το 2013, είναι ενδεικτικό του γεγονότος ότι η κρίση επιδείνωσε σε πολλές περιπτώσεις την κατάσταση υγείας, ενώ παράλληλα η αύξηση των νοσηλευθέντων στο Γενικό Νοσοκομείο, οφείλεται σε πολλές περιπτώσεις και στο γεγονός ότι πολλοί ασθενείς, αδυνατούν πλέον να νοσηλευτούν σε ιδιωτικές κλινικές λόγω των κακών οικονομικών καταστάσεων και καταφεύγουν στην δημόσια φροντίδα υγείας.

4.2.3. Δείκτης ηλικιακής σύνθεσης

Ο δείκτης της ηλικιακής σύνθεσης του προσωπικού διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:

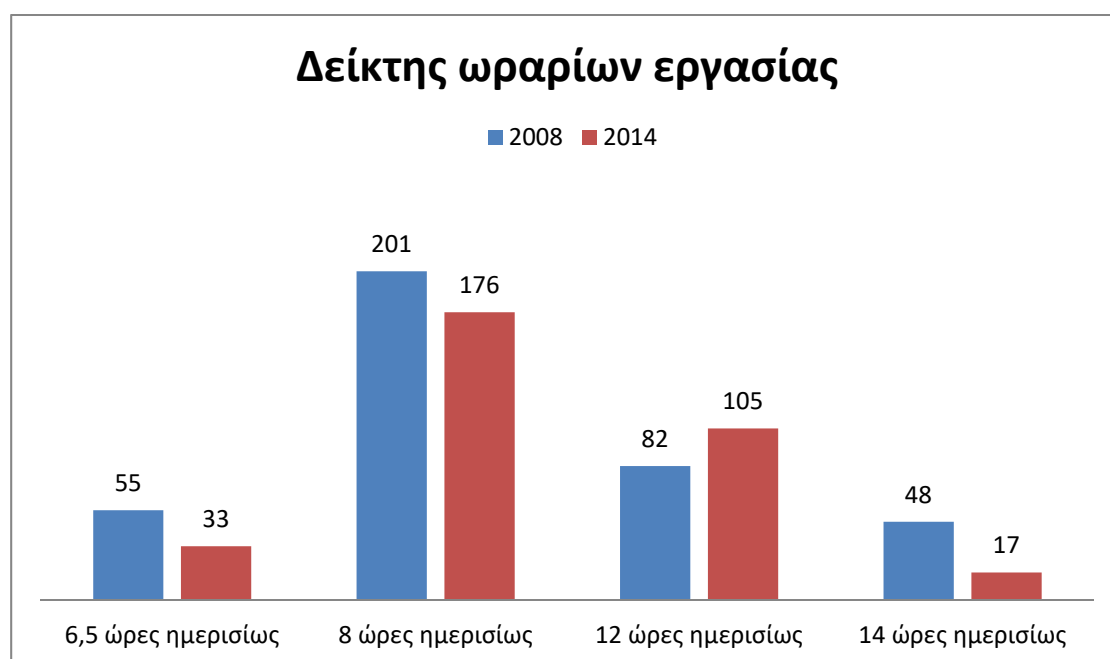


Γενικά σε συνάρτηση με την γενικότερη μείωση του προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο των Γιαννιτσών παρατηρείται και η αντίστοιχη μείωση σε κάθε ηλικιακή

ομάδα του προσωπικού. Θα δούμε λοιπόν ότι με σημεία αναφοράς την χρονολογία 2008 ως την έναρξη της κρίσης και 2014 ως την πιο πρόσφατη χρονολογία μετρήσεων, στην ηλικιακή ομάδα 18 – 25 ετών παρατηρείται μείωση της τάξης του 10%, στην ηλικιακή ομάδα 26 – 35 ετών παρατηρείται μείωση της τάξης του 22%, στην ηλικιακή ομάδα 36 – 45 ετών παρατηρείται μείωση της τάξης του 16%, στην ηλικιακή ομάδα 46 – 55 ετών παρατηρείται μείωση της τάξης του 12,5% και τέλος στην ηλικιακή ομάδα 56 – 65 και πλέον ετών παρατηρείται μείωση της τάξης του 8,6%. Παρατηρείται λοιπόν ότι η μικρότερη μείωση προσωπικού παρατηρείται στις δύο ακραίες ηλικιακές ομάδες αυτή των 18 – 25 ετών και αυτή των 56 – 65 ετών.

4.2.4. Δείκτης ωραρίων εργασίας

Ο δείκτης ωραρίων εργασίας του προσωπικού διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:

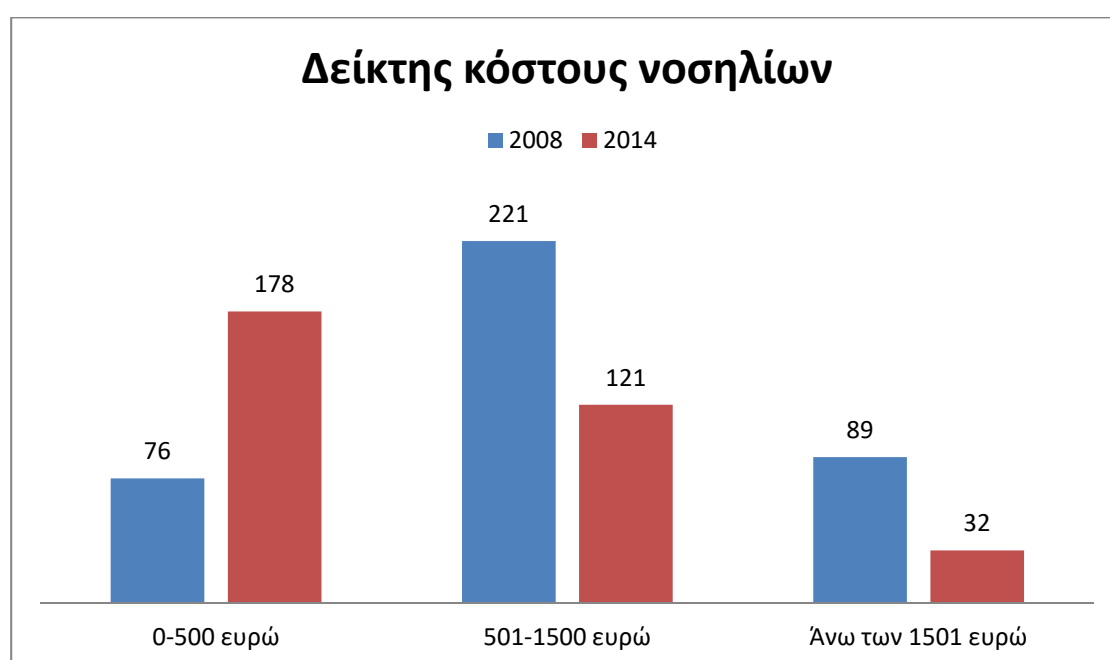


Στο συγκεκριμένο δείκτη παρατηρείται μια γενικότερη μείωση πλην μιας κατηγορίας που παρουσιάζει αύξηση. Θα δούμε λοιπόν ότι το προσωπικό που εργάζεται 6,5 ώρες ημερησίως μειώθηκε κατά 40%, το προσωπικό που εργάζεται 8 ώρες ημερησίως μειώθηκε κατά 12,5% και το προσωπικό που εργάζεται 14 ώρες ημερησίως (υπερωρίες τυπικές και άτυπες) μειώθηκε κατά 64%. Ωστόσο το προσωπικό που εργάζεται με

καθεστώς ωραρίου 12 ώρες ημερησίως (υπερωρίες τυπικές και άτυπες) αυξήθηκε κατά 40%.

4.2.5. Κόστη νοσηλίων

Ο δείκτης του κόστους νοσηλίων διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:

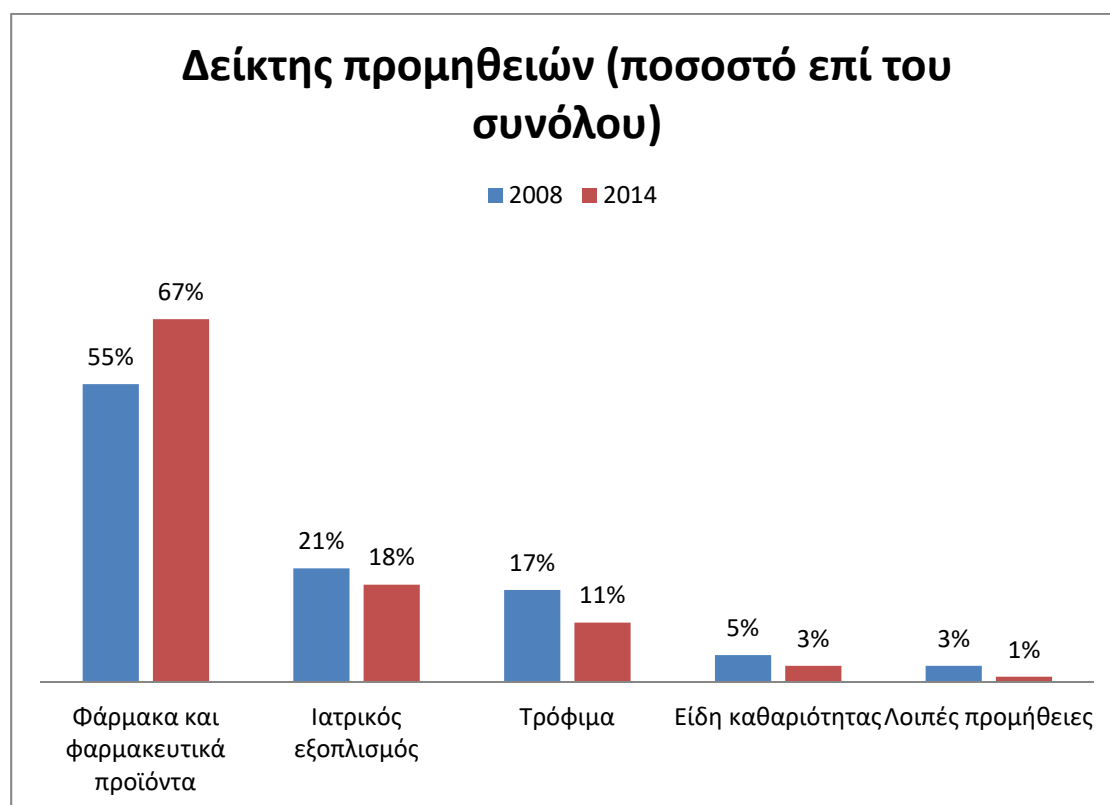


Όπως βλέπουμε από το παραπάνω γράφημα ο συγκεκριμένος δείκτης διαρθρώνεται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η μια περιλαμβάνει κόστη από 0 έως 500 ευρώ, η δεύτερη από 501 έως 1500 ευρώ και η τρίτη και τελευταία κόστη νοσηλίων άνω των 1501 ευρώ. Και στον συγκεκριμένο δείκτη εφαρμόζεται η σύγκριση για κάθε κατηγορία για το έτος 2008 (έτος έναρξης της κρίσης) και το έτος 2014 (πλησιέστερη χρονικά μέτρηση). Εδώ παρατηρείται ότι για τα νοσήλια κόστους από 0 – 500 ευρώ παρατηρείται αύξηση 57%. Ωστόσο στις άλλες δύο κατηγορίες παρατηρείται μείωση. Συγκεκριμένα στην κατηγορία νοσηλίων από 501 έως 1500 ευρώ παρατηρείται μείωση της τάξης του 45%, ενώ για την κατηγορία νοσηλίων άνω των 1501 ευρώ παρατηρείται μείωση της τάξης του 64%. Ο λόγος στην ουσία που παρατηρείται αυτή η μείωση στα κόστη νοσηλίων

που υπερβαίνουν τα 500 και τα 1500 ευρώ αντιστοίχως με παράλληλη αύξηση των νοσηλίων από 0 έως 500 ευρώ, είναι ενδεικτικό των γενικότερων οικονομικών δυσκολιών που παρουσιάζονται πλέον στα περισσότερα νοικοκυριά και στην δυσκολία των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας σοβαρά λόγω του δυσβάσταχτου για εκείνους κόστους.

4.2.6. Προμήθειες

Ο δείκτης προμηθειών του νοσοκομείου διαμορφώνεται σύμφωνα με το ακόλουθο γράφημα:



Όπως παρατηρείται στο παραπάνω γράφημα, ο δείκτης αυτός διαμορφώνεται με βάση πέντε στοιχεία στο σύνολο. Οι προμήθειες του νοσοκομείου απαρτίζονται από φάρμακα και φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικό εξοπλισμό, τρόφιμα, είδη καθαριότητας και λοιπές προμήθειες. Αυτό που είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, είναι να εξεταστεί το πώς επηρεάστηκαν τα ποσοστά αυτά μετά την κρίση. Όπως παρατηρούμε πριν την κρίση και κατά το έτος 2008 το 55% της συνολικής σύνθεσης προμηθειών το αποτελούσαν τα φάρμακα και τα φαρμακευτικά προϊόντα, το 21% ο ιατρικός εξοπλισμός, το 17% τα τρόφιμα, το 5% τα είδη καθαριότητας και το 3% οι λοιπές προμήθειες.

Μετά την κρίση και κατά το έτος 2014 παρατηρείται γενικά σημαντική διαφοροποίηση στις προμήθειες του νοσοκομείου αφού αυτό που στην ουσία δείχνουν τα ποσοστά, η μείωση δηλαδή των υπόλοιπων προμηθειών και η αύξηση του ποσοστού προμηθειών κατά 12 ποσοστιαίες μονάδες, είναι ότι σημαντικότερο στοιχείο πλέον για τα νοσοκομεία είναι τα φάρμακα και τα φαρμακευτικά είδη και κατά δεύτερο λόγο ο ιατρικός εξοπλισμός με σκοπό και μόνο να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Φάσεις έρευνας

Στους βασικούς στόχους της μελέτης για τα διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου Γιαννιτσών, συμπεριλαμβάνεται η μελέτη μιας σειράς παραμέτρων, όπως επίπεδο στελέχωσης των υπηρεσιών, επίπεδο αμοιβών, ύπαρξη ή μη συστήματος κινήτρων, συνθήκες και όροι εργασίας, εργασιακές σχέσεις, ύπαρξη ή μη κινήτρων για επιμόρφωση και συνεχιζόμενη κατάρτιση, εργασιακή ικανοποίηση.

Στην προσπάθεια ανίχνευσης των θέσεων των εργαζόμενων στα παραπάνω θέματα ή παρούσα έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής αυτής εργασίας υλοποιήθηκε σε πέντε φάσεις.

1η φάση: αφορά στην προκαταρκτική ανάλυση και περιλαμβάνει τον καθορισμό των τελικών στόχων της έρευνας και τον ακριβή προσδιορισμό του πληθυσμού – στόχου.

2η φάση: περιλαμβάνει την δόμηση του ερωτηματολογίου.

3η φάση: περιλαμβάνει την οργάνωση της διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων, και την καταγραφή των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν από την ανταποκρισιμότητα του πληθυσμού – στόχου.

4η φάση: περιλαμβάνει το σύνολο της επεξεργασίας και της ανάλυσης που προέκυψε από την μελέτη των στοιχείων των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν.

5η φάση: είναι η φάση της καταγραφής και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων

5.2. Καθορισμός πληθυσμού – στόχου

Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στο νοσοκομείο Γιαννιτσών και οι ομάδες τις οποίες εξέτασε ήταν το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το παραϊατρικό προσωπικό, το τεχνολογικό προσωπικό και το διοικητικό προσωπικό. Ενδεικτικά είναι τα δείγματα για κάθε ομάδα, όπως θα φανεί και από τα γραφήματα που θα ακολουθήσουν στο μέρος της ανάλυσης του ερωτηματολογίου. Το μέγεθος τους αποφασίστηκε να ανέλθει στο 1/3 περίπου του συνολικού δυναμικού προσωπικού, αυτών τουλάχιστον που ήρθαν σε επαφή και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο.

5.3. Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου

Βασικό στοιχείο της ανάπτυξης και δόμησης του ερωτηματολογίου, και με γνώμονα την επίτευξη των στόχων της έρευνας, αποτέλεσε ο προσδιορισμός ειδικών κριτηρίων αξιολόγησης και αποτύπωσης των συνθηκών. Τα ειδικά κριτήρια προσδιορίστηκαν, μετά από αναλύσεις του εργασιακού περιβάλλοντος των υπό μελέτη επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου και λαμβάνοντας υπόψη την αντίστοιχη επιστημονική βιβλιογραφία. Τα κριτήρια που καθορίστηκαν προς έρευνα είναι τα ακόλουθα:

1. Συνθήκες εργασίας: το κριτήριο αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας, στην ικανοποίηση από τα μέσα – εξοπλισμό που παρέχει η υπηρεσία και στις συνθήκες ασφάλειας στον χώρο εργασίας.
2. Περιεχόμενο - φόρτος εργασίας: το κριτήριο αναφέρεται στον όγκο της γραφειοκρατίας που καλούνται να αντιμετωπίσουν στα πλαίσια της εργασίας τους, στην επίσημη καταγραφή του ρόλου και των καθηκόντων τους και στον βαθμό

αυτονομίας που παρέχεται προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ιδιαιτερότητες του επαγγέλματος τους. Επίσης του συγκεκριμένο κριτήριο αναφέρεται στην έγκαιρη ενημέρωση – επιστημονική και διοικητική – για θέματα που αφορούν τα καθήκοντά τους, καθώς και στους ρυθμούς εντατικοποίησης της εργασίας τους.

3. Εσωτερικές σχέσεις με προϊσταμένους: Η συγκεκριμένη παράμετρος αφορά στα χαρακτηριστικά των προϊσταμένων, σε σχέση με το πόσο αποτελεσματικά χρησιμοποιούν τα προσόντα των εργαζομένων, την απαραίτητη υποστήριξη που παρέχεται από την υπηρεσία τους, την επιβράβευση για το έργο τους, την δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και την γενικότερη συμπεριφορά των διευθυντικών στελεχών και της διοίκησης προς τους υφιστάμενους.

4. Εσωτερικές σχέσεις με συναδέλφους: Το συγκεκριμένο κριτήριο αφορά στις σχέσεις με τους συναδέλφους, τόσο στο τμήμα όσο και στο σύνολο του νοσοκομείου.

5. Εικόνα – άποψη για το επάγγελμα: Η παράμετρος σχετίζεται με την ανίχνευση της αίσθησης ικανοποίησης που εισπράττουν οι εργαζόμενοι από το επάγγελμα που ασκούν και της εκτίμησης που εκφράζουν ή όχι οι ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον για το επίπεδο φροντίδας που τους παρέχονται.

6. Προοπτικές εξέλιξης: Η διάσταση εστιάζεται στην τήρηση των κανόνων αξιοκρατίας, στην δίκαιη αξιοποίηση των προσόντων τους, όπως και στις ευκαιρίες για επιμόρφωση και εξέλιξη.

7. Οικονομικές απολαβές και συνολική ικανοποίηση: Το κριτήριο αυτό αναφέρεται στην ικανοποίηση των εργαζομένων από το ύψος των αποδοχών σε σχέση με την εργασία που προσφέρουν, στην ικανοποίηση από την ασφάλεια υγείας και στην συνταξιοδοτική κάλυψη.

Σε κάθε περίπτωση στόχος του παρόντος ερωτηματολογίου είναι να εξετάσει τις εργασιακές και μη συνθήκες στο νοσοκομείο πριν και μετά την κρίση.

5.4. Διακίνηση Ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους εργαζόμενους σε κλειστό φάκελο κατά το χρονικό διάστημα από 15 Μαρτίου 2017 έως και 15 Απριλίου 2017. Τα ερωτηματολόγια ήταν στο σύνολο τους 100 και μοιράστηκαν 33 στην ομάδα ιατρικού προσωπικού, 33 στην ομάδα παραϊατρικού προσωπικού, και 34 στην ομάδα τεχνολογικού και διοικητικού προσωπικού. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι ο αρχικός αριθμός ερωτηματολογίων ήταν αρκετά μεγαλύτερος αλλά παρουσιάστηκε ανταποκρισιμότητα 82% σε κάθε ομάδα με αποτέλεσμα να διαμορφωθεί ο τελικός αριθμός που αναφέρεται.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένες πρακτικές δυσκολίες που παρατηρήθηκαν κατά την διάρκεια διανομής, αλλά και συλλογής των ερωτηματολογίων. Τα κυριότερα από αυτά συνοψίζονται στα εξής:

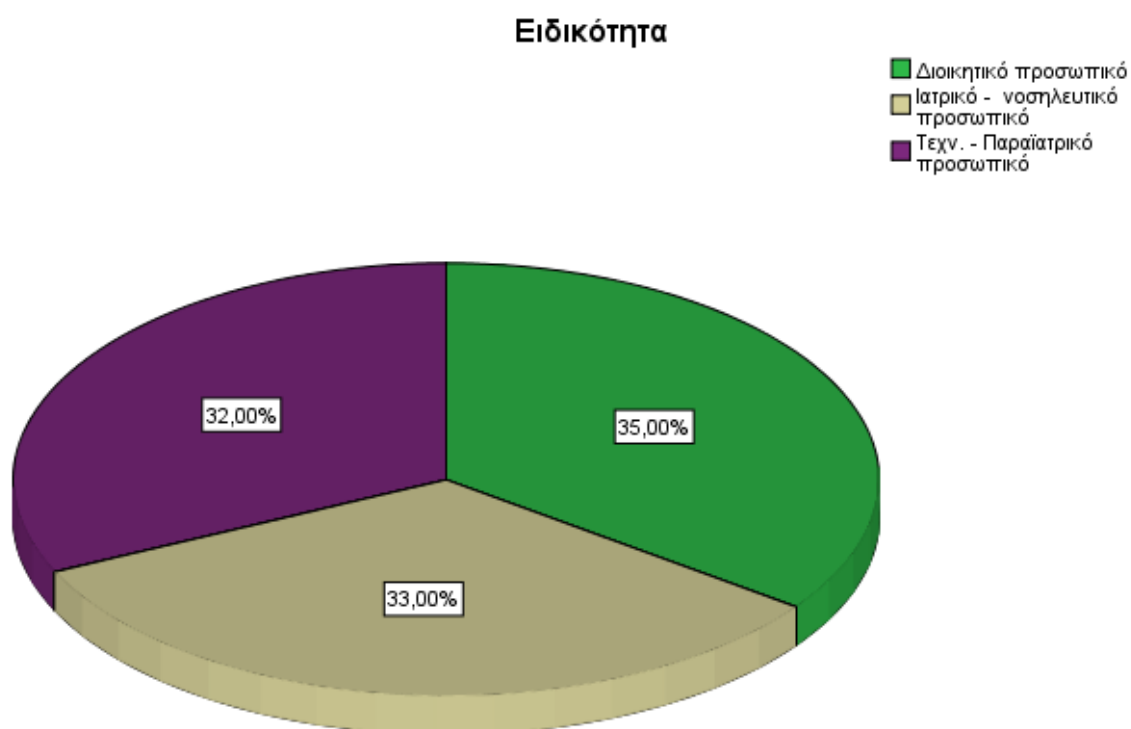
1. Ένα σχετικά μικρό ποσοστό εργαζόμενων αρνούταν την συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου θεωρώντας την ανέφικτη εκ των προτέρων, επικαλούμενο κυρίως έλλειψη χρόνου λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας. Η συγκεκριμένη δυσκολία αφορούσε κυρίως στις ομάδες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Σε ορισμένες περιπτώσεις αμφισβητήθηκε η αξία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, δεδομένης της πεποίθησης ότι τίποτε δεν επρόκειτο να αλλάξει από την πλευρά της πολιτείας ή της διοίκησης προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας τους.
3. Σε ελάχιστες περιπτώσεις αμφισβητήθηκε η ανωνυμία του ερωτηματολογίου θεωρώντας πως τα στοιχεία που καλούνταν να συμπληρώσουν (δημογραφικά, επαγγελματικά, επιστημονικά, κ.α.) ήταν πολύ προσωπικά, σε σημείο που ακόμη και στην περίπτωση της μη συμπλήρωσης του ονόματός τους, θα αναγνωρίζονταν εύκολα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ωστόσο η ανταπόκριση ήταν θετική. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων, έδειξε ενδιαφέρον για το θέμα και την ταυτότητα της

έρευνας, κατανοώντας ότι συμβάλλουν στην διαδικασία μελέτης και προτάσεων λύσεων για την αντιμετώπιση των εργασιακών τους προβλημάτων.

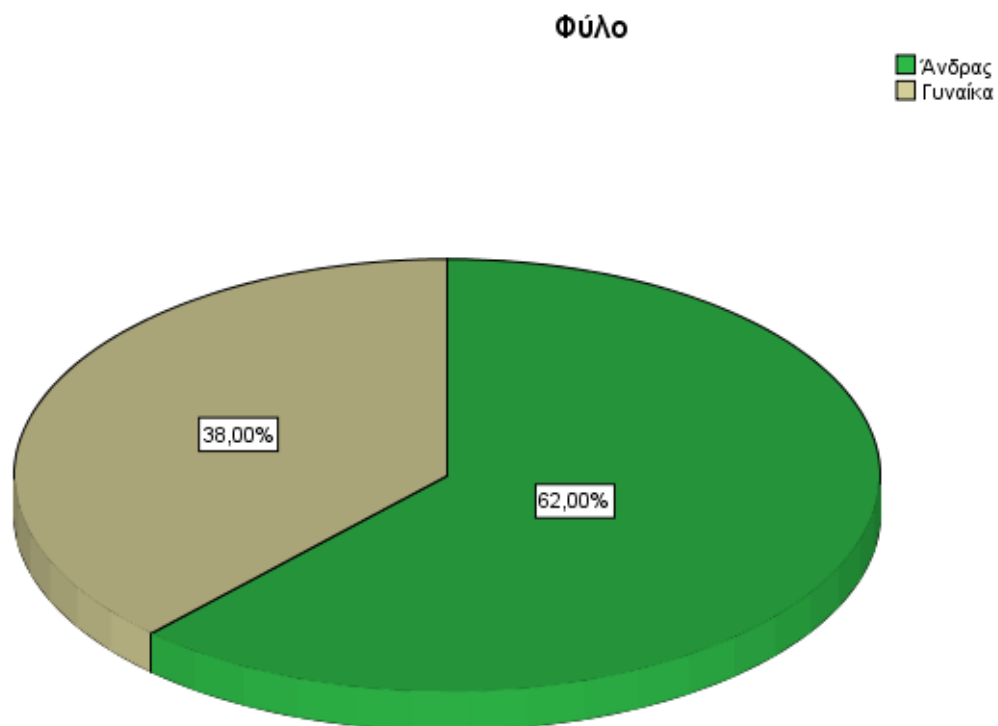
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στο σημείο αυτό θα αναλυθούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την συλλογή των ερωτηματολογίων



Γράφημα 1. Ειδικότητα ερωτηθέντων

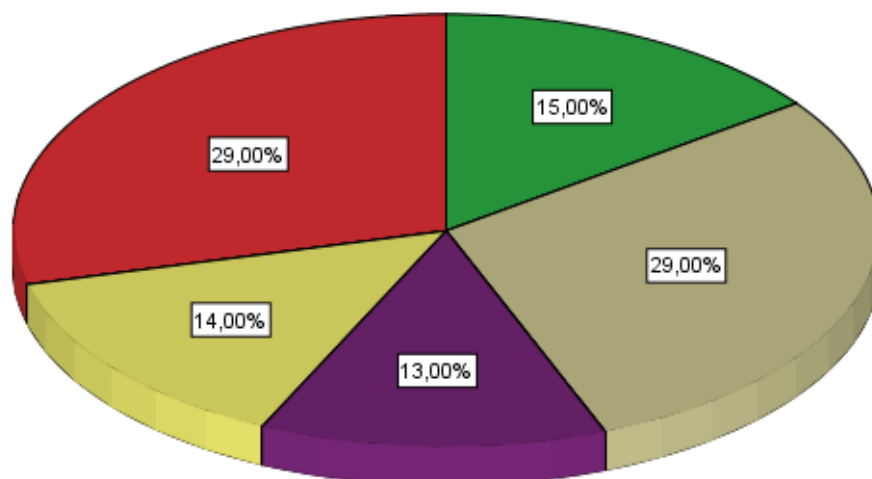
Απαντώντας στην ερώτηση σχετικά με την ειδικότητα των ερωτηθέντων, οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες αφού το 35% είναι διοικητικό προσωπικό, το 33% είναι ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό και το 32% τεχνολογικό – παραϊατρικό προσωπικό.



Γράφημα 2. Φύλο ερωτηθέντων

Σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων, το 62% είναι άνδρες και το 38% γυναίκες.

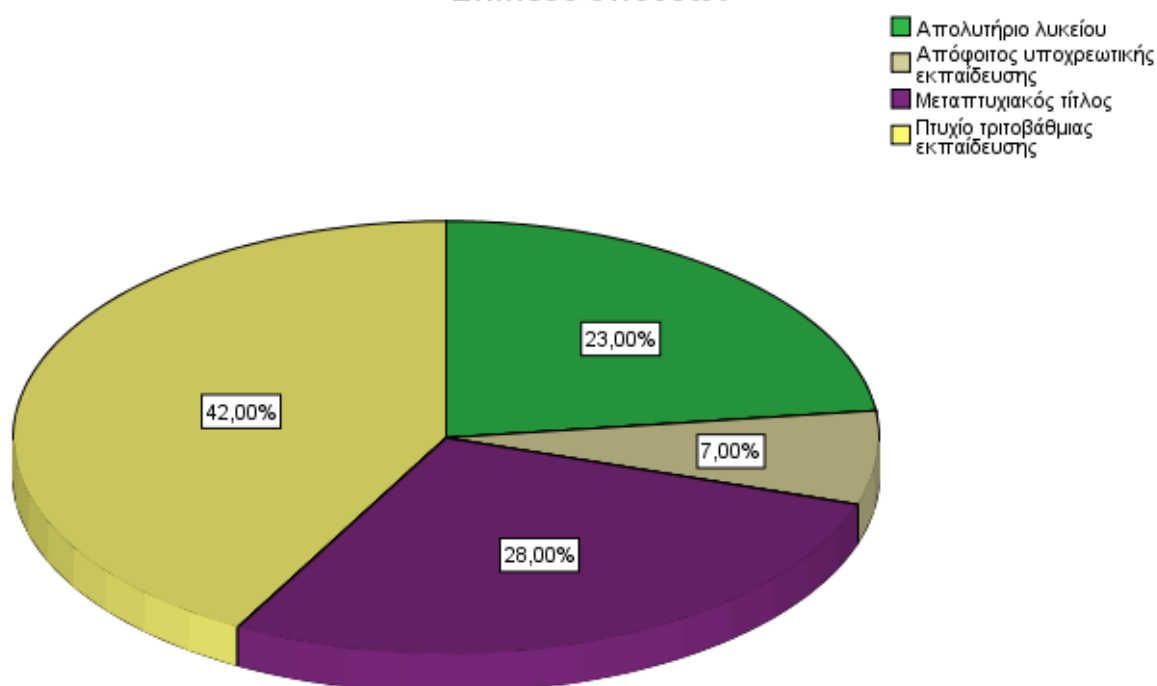
Ηλικία



Γράφημα 3. Ηλικία ερωτηθέντων

Η ηλικία των ερωτηθέντων είναι επίσης μοιρασμένη αφού το 15% απάντησε πως βρίσκεται ηλικιακά στα 18 έως 25 έτη, το 29% από 26 έως 35, το 13% από 36 έως 45, το 14% από 46 έως 55 και το 29% από 56 και πάνω.

Επίπεδο σπουδών

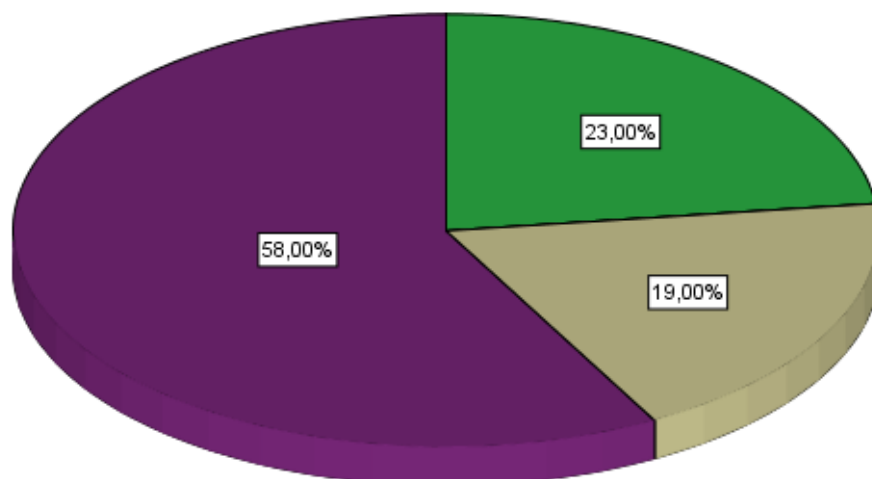


Γράφημα 4. Επίπεδο σπουδών ερωτηθέντων

Σχετικά με το επίπεδο σπουδών που είναι σημαντικό για την εργασία, το 42% απάντησε πως κατέχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 28% ότι κατέχει κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο, το 23% ότι είναι τουλάχιστον απόφοιτοι λυκείου και το 7% απόφοιτοι της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Τα παραπάνω μας δείχνουν το υψηλό γνωστικό επίπεδο που χρειάζεται για να βρουν εργασία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Προϋπηρεσία πριν τον διορισμό στο νοσοκομείο σε έτη

- 1 έως 5
- 16 και πλέον
- 6 έως 15

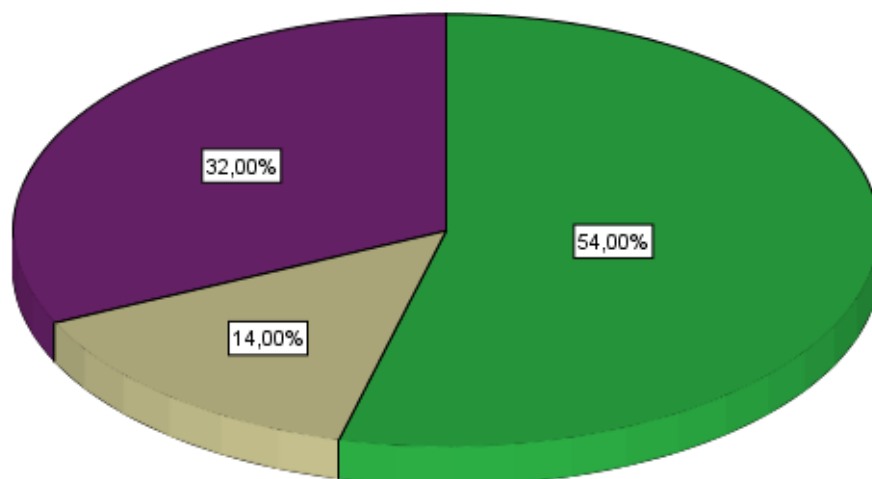


Γράφημα 5. Προϋπηρεσία πριν τον διορισμό στο νοσοκομείο

Άλλο ένα χαρακτηριστικό του υψηλού επιπέδου εργασίας που έχει το νοσοκομείο είναι και η προϋπηρεσία των υπαλλήλων. Το συντριπτικό 58% έχει εργαστεί και πριν από το νοσοκομείο από 6 έως 15 έτη τουλάχιστον, το 23% από 1 έως 5 έτη και το 19% από 16 έτη και πάνω.

Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο

- 1 έως 5
- 16 και πλέον
- 6 έως 15

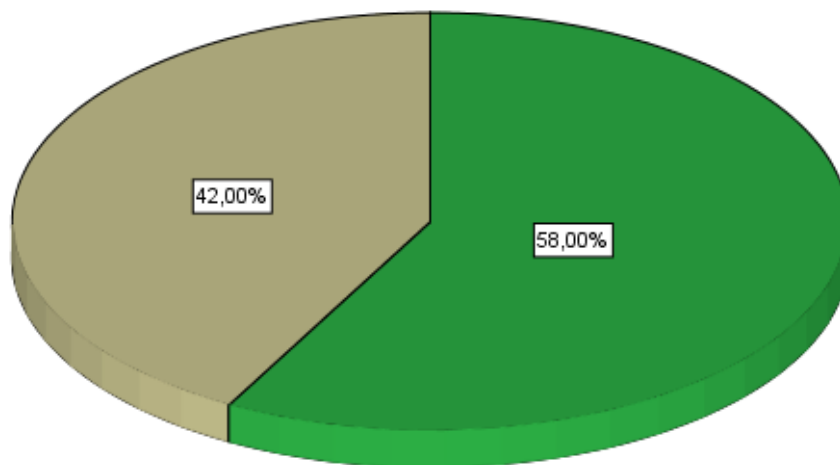


Γράφημα 6. Προϋπηρεσία στο νοσοκομείο Γιαννιτσών

Στην ερώτηση για την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 54% απάντησαν πως εργάζονται από 1 έως 5 έτη, το 32% από 6 έως 15 έτη και το 14% από 16 έτη και πάνω.

Συμμετείχατε κατά το τελευταίο έτος σε δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα;

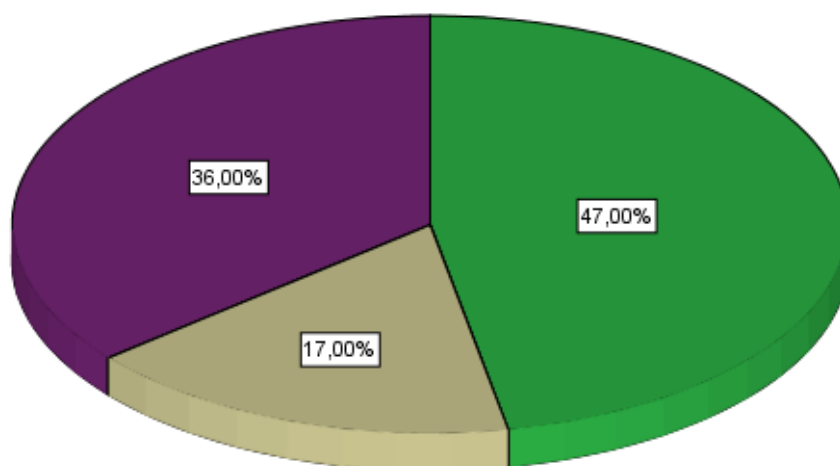
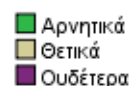
■ Ναι
■ Όχι



Γράφημα 7. Συμμετοχή σε δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα κατά το τελευταίο έτος

Σχετικά με την συμμετοχή σε δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα μέσα στο έτος, το 58% απάντησε πως έχει συμμετάσχει και το 42% απάντησε όχι.

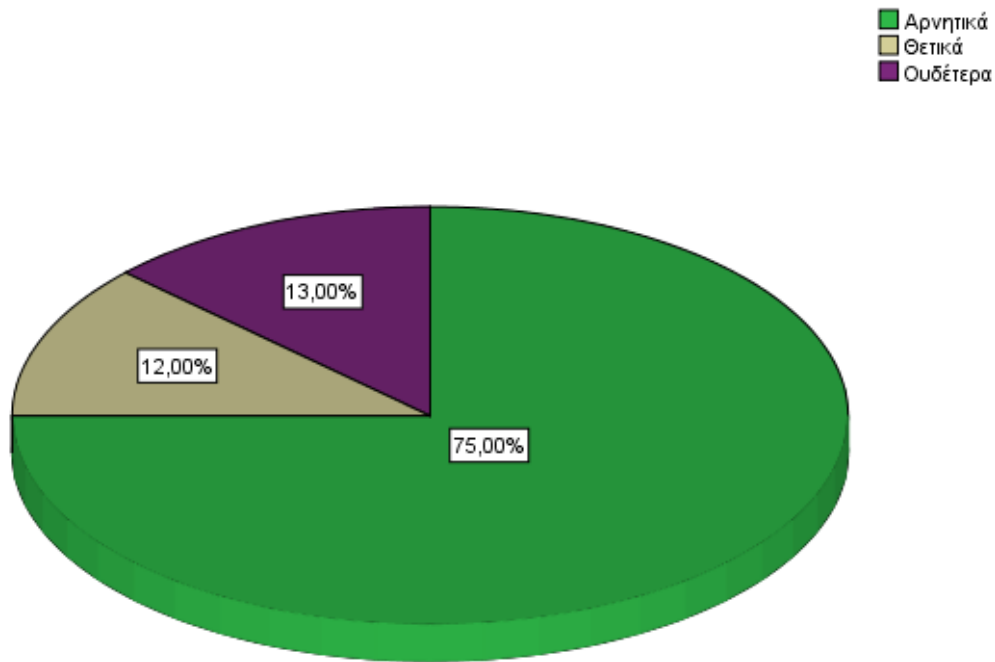
Διαφοροποιήθηκε το περιβάλλον εργασίας σας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 8. Διαφοροποίηση περιβάλλοντος εργασίας μετά την κρίση

Οι εργαζόμενοι βίωσαν μάλλον αρνητικά την ύφεση της χώρας, αφού το 47% των ερωτηθέντων είδε αρνητική διαφοροποίηση της εργασίας μετά την κρίση και το 36% είδε ουδέτερη διαφοροποίηση. Το 17% είδε θετική διαφοροποίηση, αλλά ίσως είναι υπάλληλοι με διοικητικές εργασίες, ή άτομα τα οποία προάχθησαν σε ανώτερες θέσεις, ή άτομα που προσλήφθηκαν σχετικά πρόσφατα. Αυτές οι ομάδες προφανώς παρόλο που βιώνουμε κρίση, θα παρουσίαζαν βελτίωση σε προσωπικό επίπεδο σε σχέση με πριν.

Διαφοροποιήθηκε ο εξοπλισμός του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

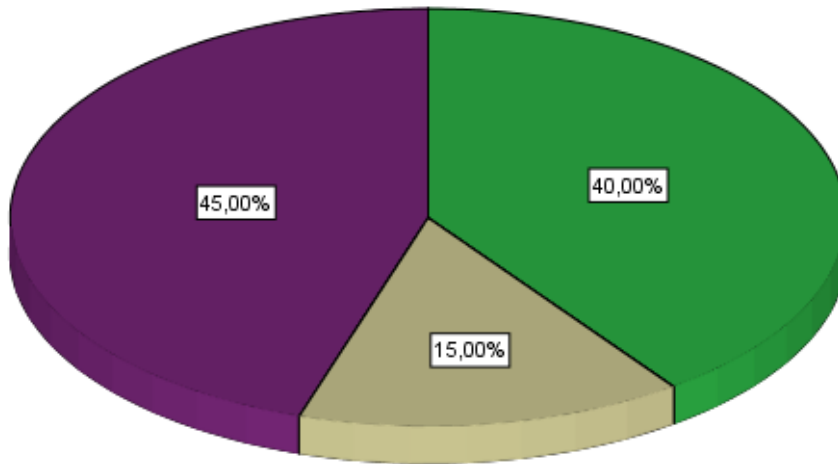


Γράφημα 9. Διαφοροποίηση εξοπλισμού νοσοκομείο μετά την κρίση

Συντριπτικά οι ερωτηθέντες θεωρούν σε ποσοστό 75% πως ο εξοπλισμός του νοσοκομείου διαφοροποιήθηκε αρνητικά, το 13% κρατάει μάλλον ουδέτερη στάση και το 12% θεωρεί πως η διαφοροποίηση του εξοπλισμού ήταν θετική.

Διαφοροποιήθηκαν οι συνθήκες ασφαλείας του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

■ Αρνητικά
■ Θετικά
■ Ουδέτερα

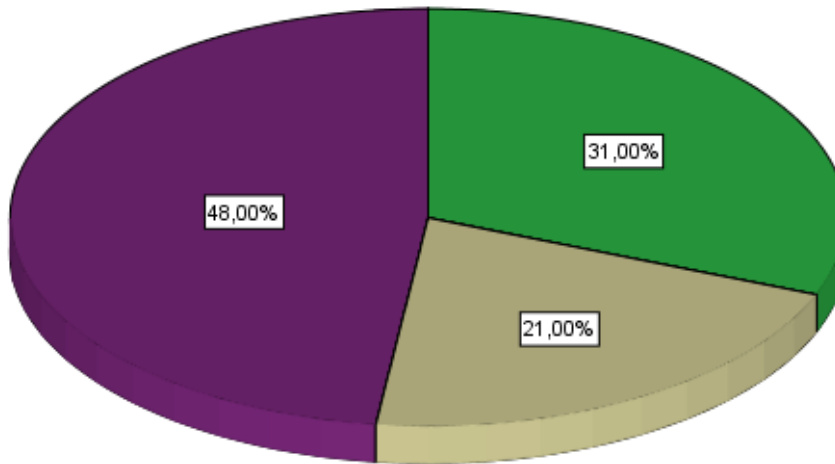


Γράφημα 10. Διαφοροποίηση συνθηκών ασφαλείας νοσοκομείου μετά την κρίση

Σε σχέση με την διαφοροποίηση των συνθηκών ασφαλείας στο νοσοκομείο μετά την κρίση, το 45% δεν είδε κάποια αλλαγή, το 40% είδε αρνητική διαφοροποίηση και το 15% θετική.

Διαφοροποιήθηκαν οι συνθήκες γραφειοκρατίας του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

■ Αρνητικά
■ Θετικά
■ Ουδέτερα

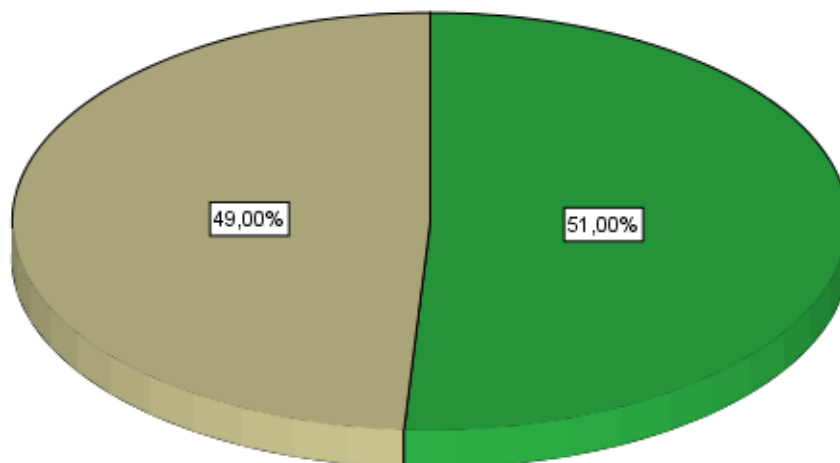


Γράφημα 11. Διαφοροποίηση συνθηκών γραφειοκρατίας νοσοκομείου μετά την κρίση

Ακόμα και η διαφοροποίηση στις συνθήκες γραφειοκρατίας δεν βελτιώθηκαν σύμφωνα με τους ερωτηθέντες. Το 48% θεωρεί πως παρέμεινε ίδια, το 31% διέκρινε αρνητική την διαφοροποίηση και το 21% διέκρινε θετική.

Καταγραφή του ρόλου, της αποστολής και των καθηκόντων μου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

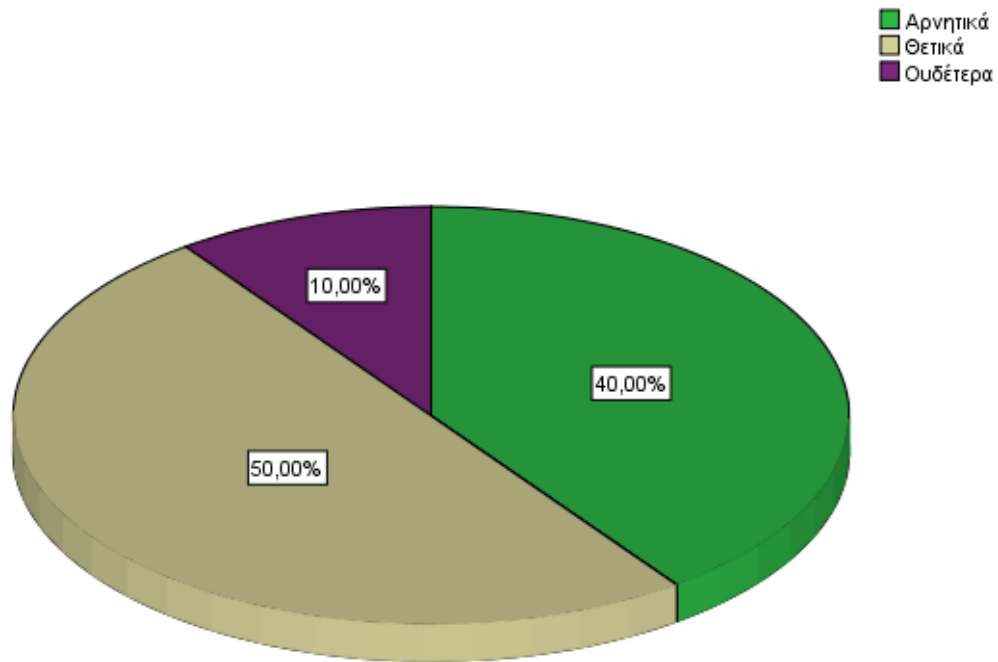
■ Ναι
■ Όχι



Γράφημα 12. Καταγραφή ρόλου, αποστολής και καθηκόντων μετά την κρίση

Σε σχέση με την καταγραφή του ρόλου, της αποστολής και των καθηκόντων, πριν και μετά την κρίση το 51% είδε αλλαγή και το 49% δεν είδε.

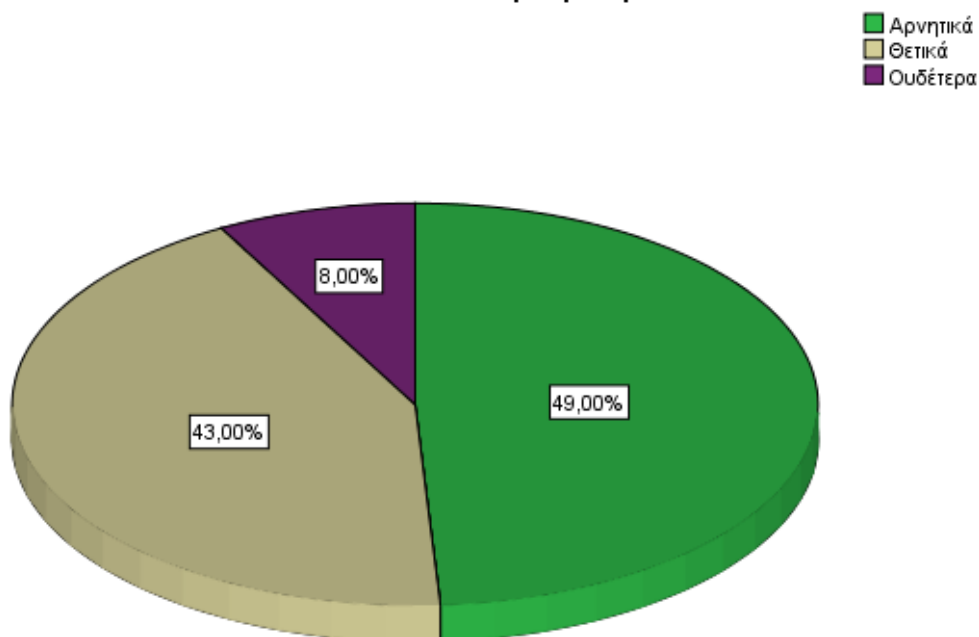
Άλλαξε ο βαθμός εργασιακής αυτονομίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 13. Διαφοροποίηση βαθμού εργασιακής αυτονομίας προσωπικού μετά την κρίση

Για το εάν άλλαξε η εργασιακή αυτονομία και σε τι βαθμό, πριν και μετά την κρίση, το 50% απάντησε πως άλλαξε θετικά, το 40% πως άλλαξε αρνητικά και το 10% δεν είδε αλλαγές.

Άλλαξε η συχνότητα ενημέρωσης για υπηρεσιακές και επιστημονικές αλλαγές που σχετίζονται με εκτέλεση καθηκόντων σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

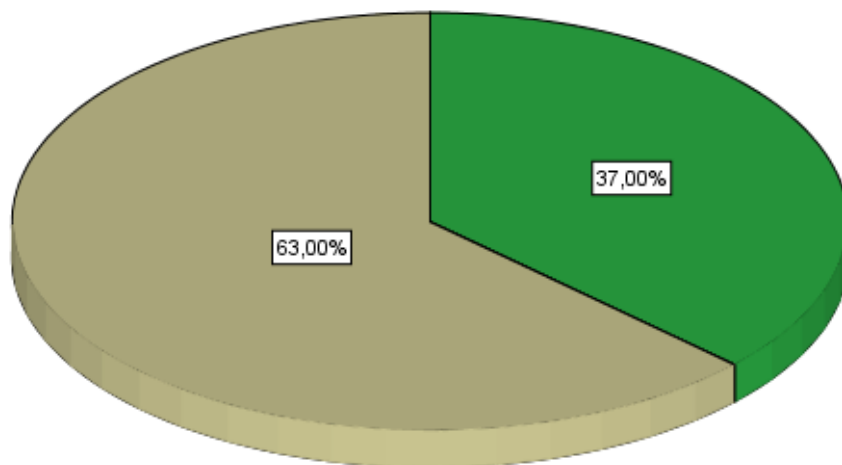


Γράφημα 14. Διαφοροποίηση συχνότητας ενημέρωσης προσωπικού μετά την κρίση

Το 49% είδε αρνητική διαφοροποίηση σχετικά με την συχνότητα ενημέρωσης για υπηρεσιακές και επιστημονικές αλλαγές και την εκτέλεση των καθηκόντων, το 43% είδε θετική διαφοροποίηση και το 8%.

Παροχή απαραίτητων μέσων για εκτέλεση καθηκόντων σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

■ Ναι
■ Όχι

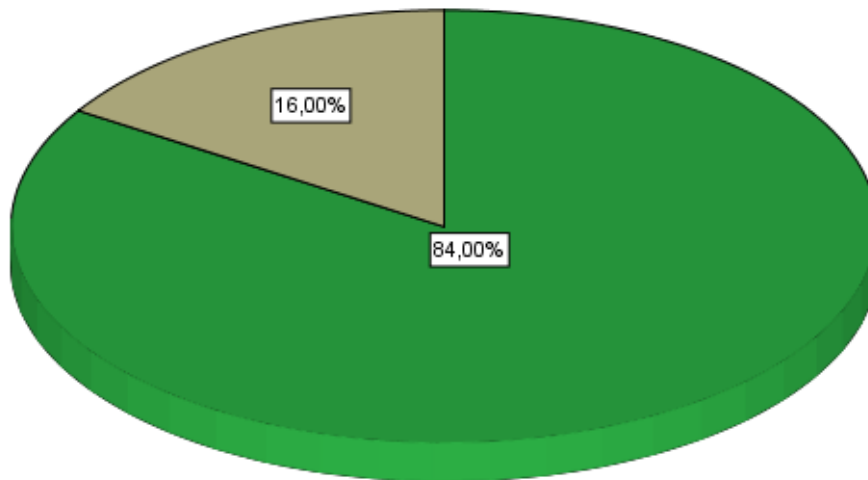


Γράφημα 15. Παροχή απαραίτητων μέσων για εκτέλεση καθηκόντων μετά την κρίση

Για το εάν μετά την κρίση εξακολουθούν να έχουν την παροχή των απαραίτητων μέσων για την εκτέλεση των καθηκόντων τους το 63% απάντησε αρνητικά και το 37% θετικά.

Εργασία πέραν του ωραρίου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

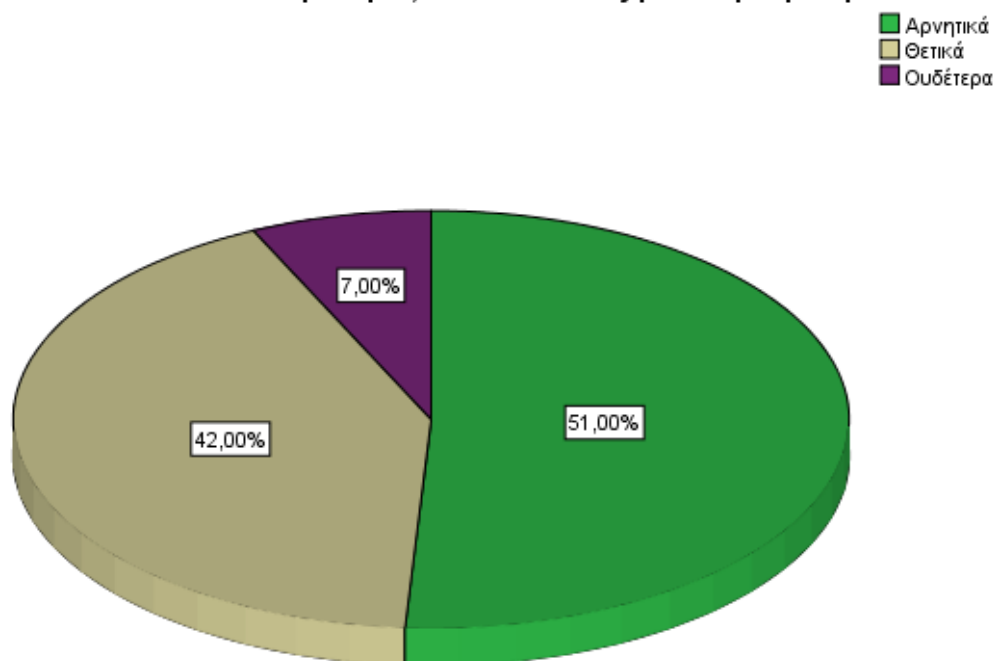
■ Ναι
■ Όχι



Γράφημα 16. Εργασία πέραν του ωραρίου μετά την κρίση

Στην ερώτηση για την παραπάνω εργασία και τις υπερωρίες μετά την κρίση, το συντριπτικό 84% απάντησε πως δουλεύει παραπάνω και το 16% λιγότερο. Είναι γενικό φαινόμενο η παραπάνω εργασία με τον ίδιο ή μικρότερο μισθό από τους υπαλλήλους.

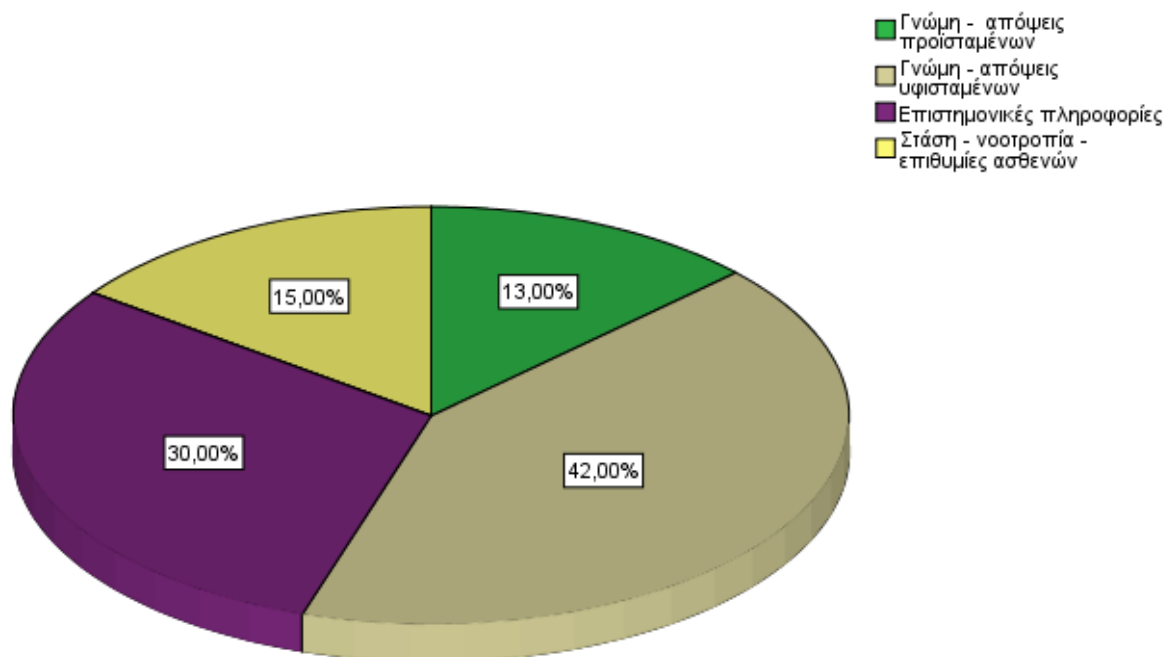
Άλλαξε ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης από περιεχόμενο εργασίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 17. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης από περιεχόμενο εργασίας μετά την κρίση

Για το αν άλλαξε ο βαθμός ικανοποίησης από την προσωπική εργασία και το περιεχόμενό της πριν και μετά την κρίση, το 51% θεωρεί πως άλλαξε αρνητικά, το 42% θετικά και το 7% δεν είδε σημαντική αλλαγή.

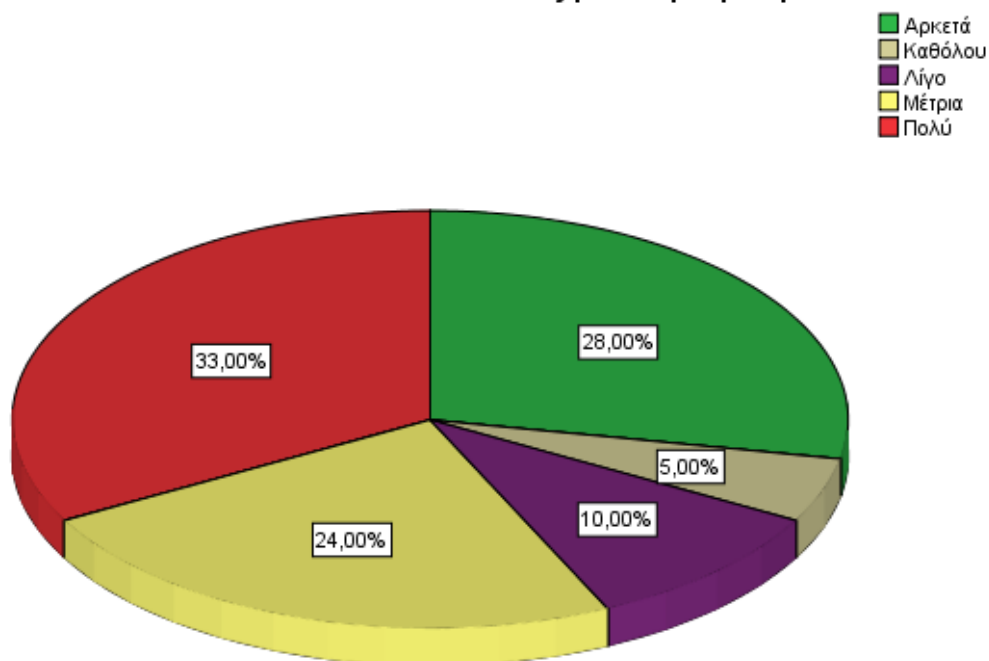
Ποιες πληροφορίες θα βοηθούσαν στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κατά την υλοποίηση της εργασίας σας;



Γράφημα 18. Πληροφορίες που θα βοηθούσαν σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της εργασίας

Σχετικά με το ποιές πληροφορίες θα βοηθούσαν στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κατά την υλοποίηση της εργασίας, το 42% απάντησε πως θα ήταν η γνώμη και οι απόψεις των υφισταμένων. Το 30% απάντησε πως θα ήταν οι επιστημονικές πληροφορίες, το 15% η στάση, η νοοτροπία και οι επιθυμίες των ασθενών και το 13% θεωρεί πως θα ήταν η γνώμη και οι απόψεις των προϊσταμένων.

Τα προσόντα και οι γνώσεις μου χρησιμοποιούνται επαρκώς σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

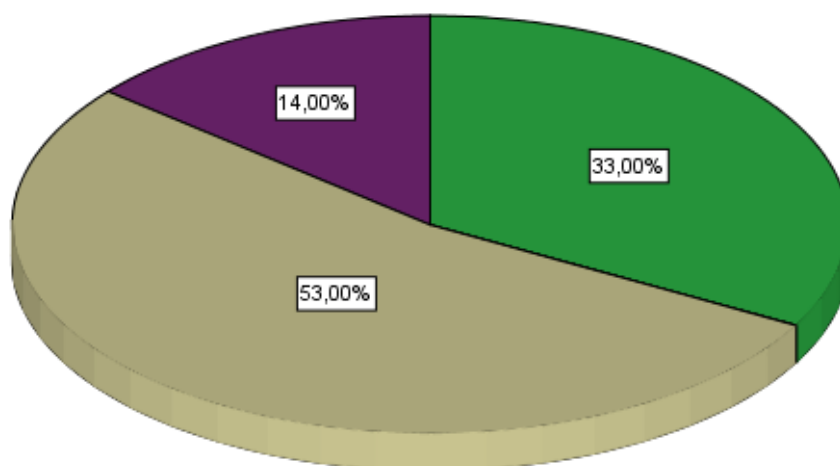


Γράφημα 19. Επαρκής χρησιμοποίηση προσόντων και γνώσεων μετά την κρίση

Σχετικά με την ερώτηση για το εάν τα προσόντα και οι γνώσεις των ερωτηθέντων χρησιμοποιούνται επαρκώς σε σχέση με την περίοδο πριν την κρίση, το 33% θεωρεί πως χρησιμοποιούνται πολύ επαρκώς, το 28% θεωρεί αρκετά επαρκώς, το 24% θεωρεί μέτρια, το 10% θεωρεί λίγο και το 5% καθόλου επαρκώς. Είναι λογικό οι υπάλληλοι να εργάζονται παραπάνω και να χρησιμοποιούνται από τους προϊσταμένους τους σε θέσεις όπου αποδίδουν τα μέγιστα, ώστε να πετυχαίνουν την μέγιστη παραγωγή υπηρεσίας με τον καλύτερο δυνατό μισθό. Έτσι η δουλειά γίνεται στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Από την υπηρεσία μου δίνονται ευκαιρίες ανάπτυξης προσωπικών πρωτοβουλιών σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

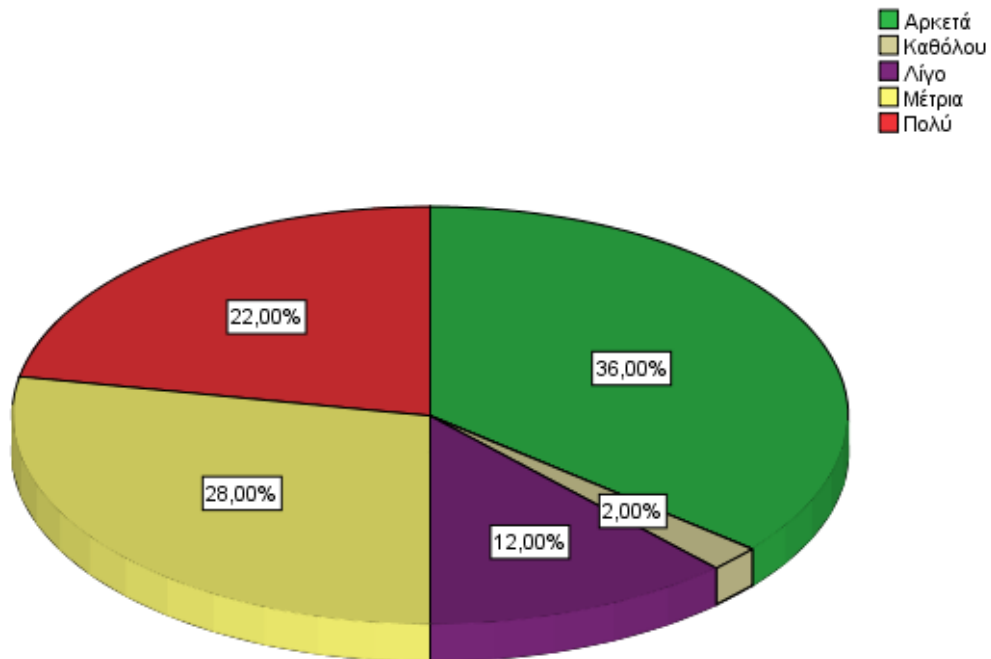
■ Καθόλου
■ Λίγο
■ Μέτρια



Γράφημα 20. Παροχή από την υπηρεσία ευκαιριών προσωπικών πρωτοβουλιών μετά την κρίση

Η κρίση γενικά δεν δίνει πολλές ευκαιρίες εξέλιξης και αυτό φαίνεται και από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων αφού το 53% θεωρεί πως υπάρχουν λίγες ευκαιρίες εξέλιξης το 33% καθόλου και το 14% πως υπάρχουν μέτριες ευκαιρίες εξέλιξης.

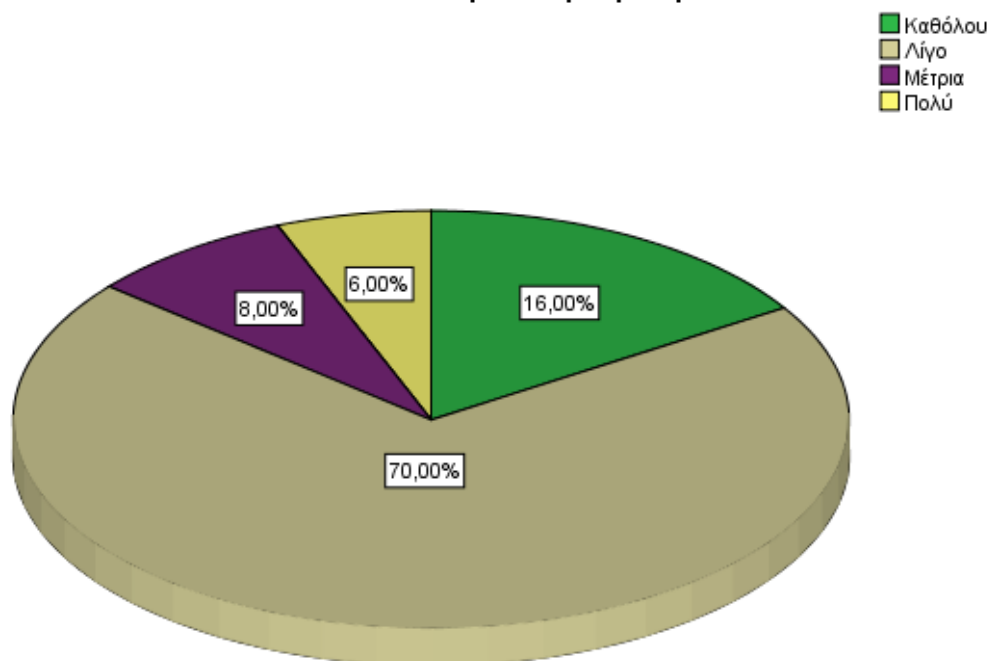
Απόλαυση της αίσθησης της "σωστής και αποτελεσματικά επιτυχημένης δουλειάς" σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 21. Απόλαυση αίσθησης σωστής δουλειάς μετά την κρίση

Στην ερώτηση σχετικά με την απόλαυση της αίσθησης της αποτελεσματικά επιτυχημένης εργασίας μετά την κρίση, το 36% απάντησε πως απολαμβάνει αρκετά αυτήν την αίσθηση, με το 28% όμως να θεωρεί πως την απολαμβάνει μέτρια. Το 22% την απολαμβάνει πολύ, το 12% την απολαμβάνει λίγο και το 2% καθόλου.

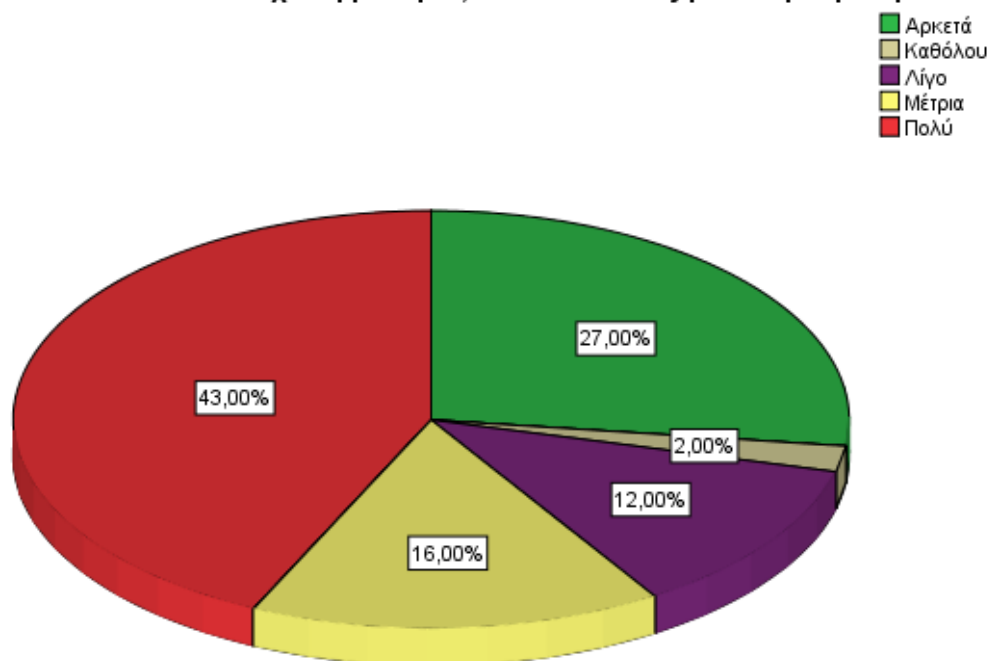
Επότητα - καθοδήγηση από τους ανώτερους σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 22. Καθοδήγηση από τους ανώτερους μετά την κρίση

Το 70% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η καθοδήγηση από τους ανώτερους μετά την κρίση, είναι λίγη, ενώ το 16% πιστεύει πως δεν υπάρχει καθόλου καθοδήγηση. Το 8% θεωρεί πως η καθοδήγηση κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, ενώ το 6% θεωρεί πολύ υψηλό το επίπεδο καθοδήγησης.

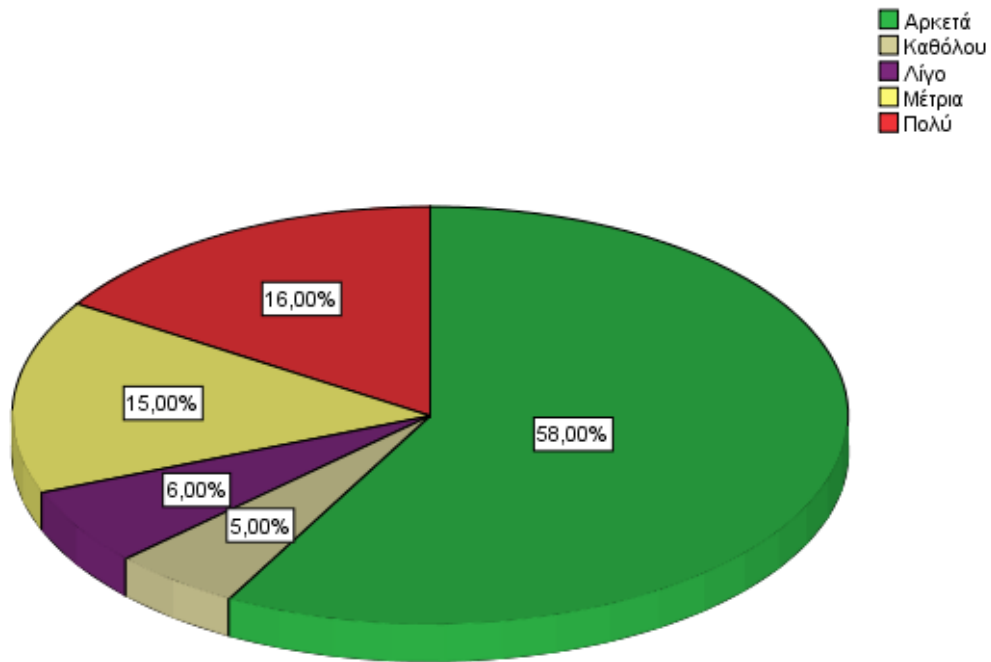
Δυνατότητα συμμετοχής σε συσκέψεις - συναντήσεις για εργασιακά θέματα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 23. Δυνατότητα συμμετοχής σε συσκέψεις για εργασιακά θέματα μετά την κρίση

Για το αν υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής σε συσκέψεις για εργασιακά θέματα, το 43% απάντησε πως υπάρχει πολύ μεγάλη δυνατότητα, το 27% αρκετά μεγάλη δυνατότητα, το 16% μέτρια δυνατότητα, το 12% λίγη δυνατότητα και το 2% καθόλου δυνατότητα.

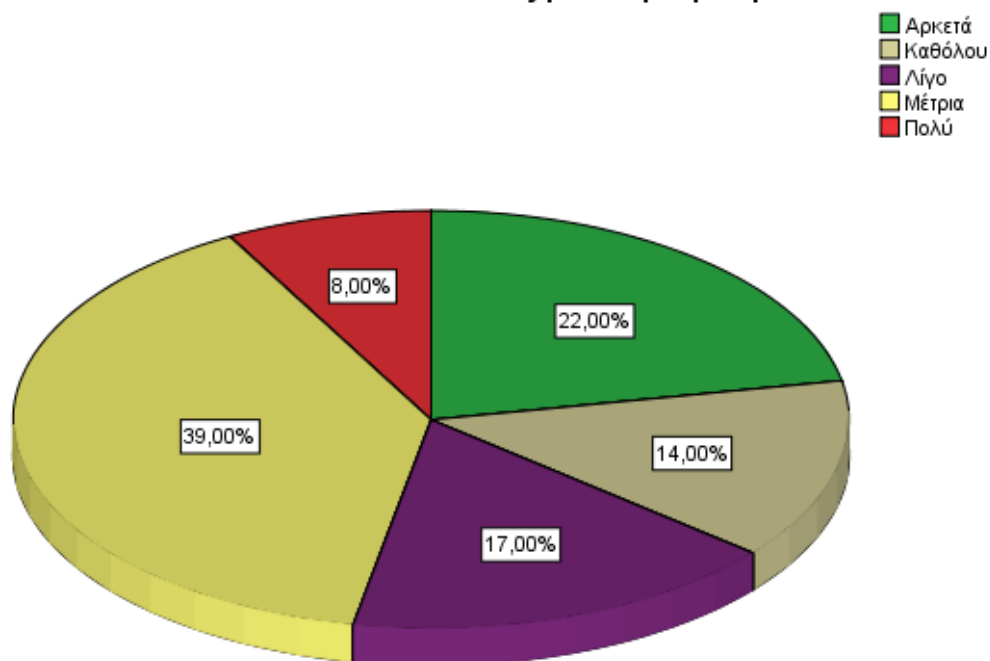
Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με προϊστάμενο σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 24. Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με προϊστάμενο μετά την κρίση

Σε ερώτηση για την συνολική ικανοποίηση με την συνεργασία με τον προϊστάμενο, οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 58% πως η συνεργασία είναι αρκετά ικανοποιητική, 16% πολύ ικανοποιητική, 15% μέτρια ικανοποιητική, 6% λίγο ικανοποιητική και 5% καθόλου ικανοποιητική.

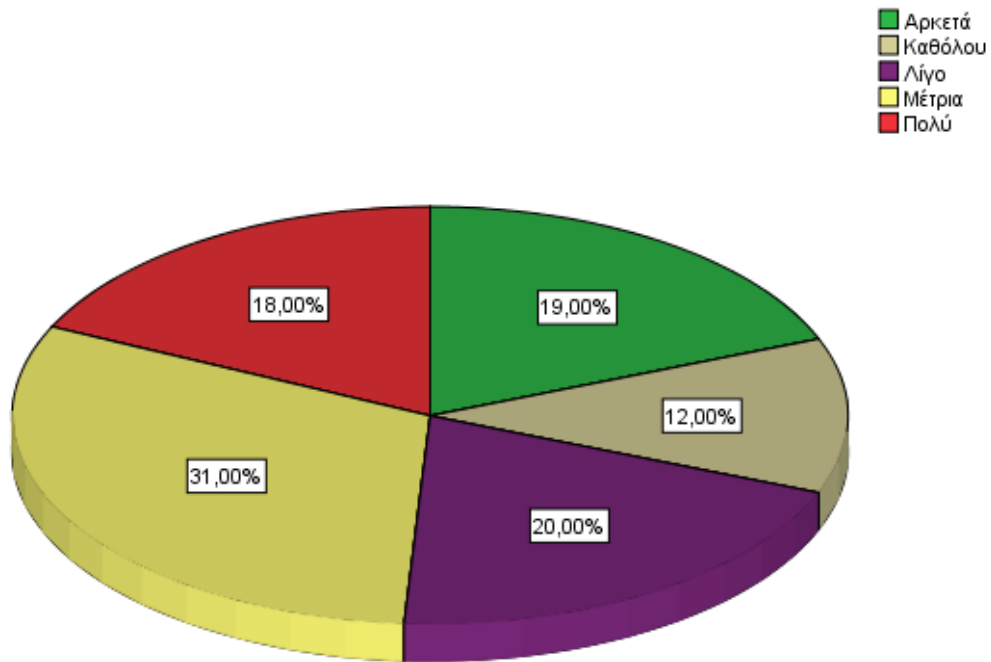
Αλλαγή σχέσεων με συναδέλφους σε σχέση με πριν (προς πλέον φιλικές), στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 25. Αλλαγή σχέσεων με συναδέλφους προς λίαν φιλικές μετά την κρίση

Για το εάν υπάρχει αλλαγή της σχέσεως με τους συναδέλφους σε πιο φιλικά επίπεδα, οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 39% πως η αλλαγή είναι μέτρια, σε 22% πως η αλλαγή είναι αρκετά φιλική, το 17% θεωρεί πως η αλλαγή είναι λίγη, το 14% πιστεύει πως δεν υπάρχει αλλαγή και το 8% διέκρινε πολύ μεγάλη αλλαγή με πιο φιλικό τόνο από τους συναδέλφους. Ο ανταγωνισμός είναι λογικό να υπάρχει, και ιδιαίτερα στον επιστημονικό κόσμο, όπου οι ανώτερες θέσεις είναι λίγες, και οι φιλικές σχέσεις συνήθως δεν μπορούν να ευδοκιμήσουν.

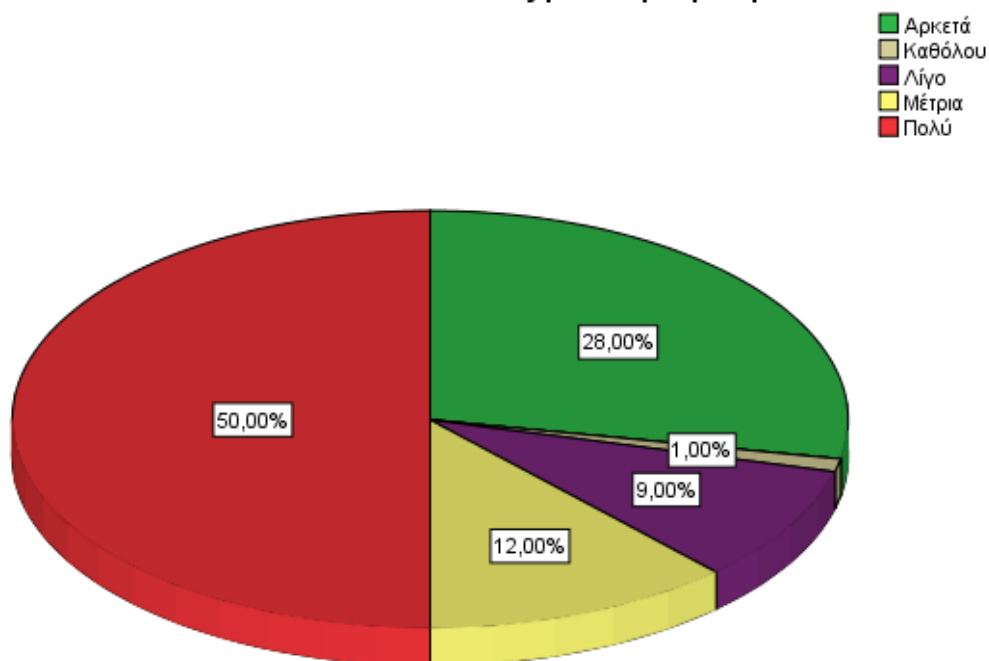
Μπορώ να βασιστώ στην υποστήριξη των συναδέλφων μου σε περίπτωση δυσκολιών σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 26. Δυνατότητα υποστήριξης από τους συναδέλφους σε περίπτωση δυσκολιών μετά την κρίση

Για το εάν οι ερωτηθέντες μπορούν να βασιστούν στους συναδέλφους τους σε περίπτωση δυσκολιών, το 31% θεωρεί πως μπορεί να βασιστεί σε μέτρια επίπεδα, το 20% μπορεί να βασιστεί λίγο, το 19% μπορεί να βασιστεί αρκετά, το 18% μπορεί να βασιστεί πολύ και το 12% δεν μπορεί να βασιστεί καθόλου.

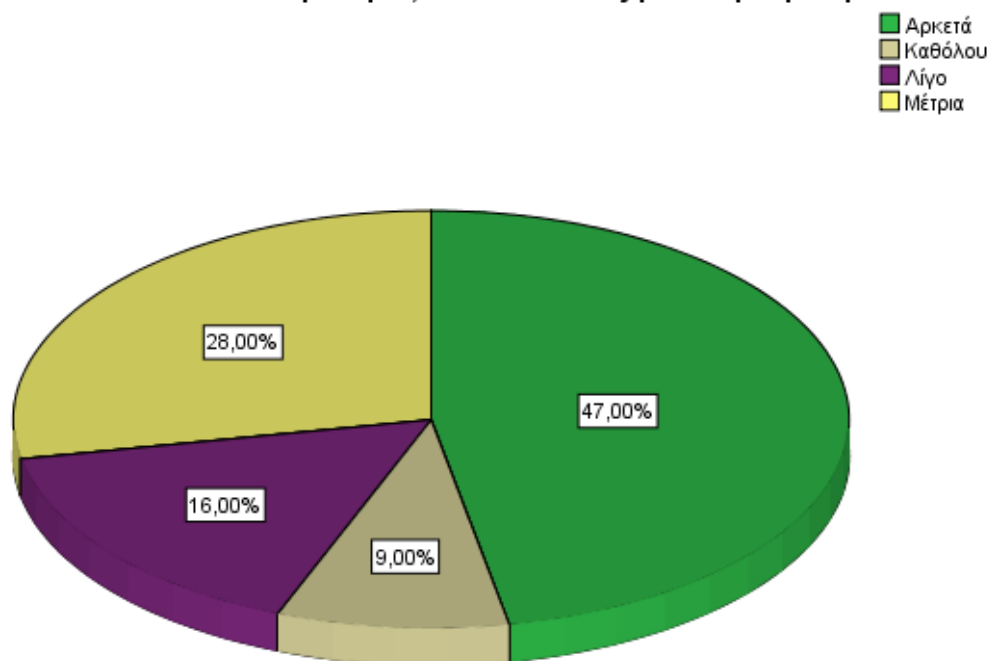
Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με συναδέλφους σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 27. Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με συναδέλφους μετά την κρίση

Σε ερώτηση για την συνολική ικανοποίηση από την συνεργασία με συναδέλφους, το 50% απάντησε πως η συνολική ικανοποίηση είναι πολύ μεγάλη, το 28% απάντησε πως είναι αρκετά μεγάλη, το 12% απάντησε πως η ικανοποίηση είναι μέτρια, το 9% απάντησε πως η ικανοποίηση είναι λίγη και το 1% απάντησε πως δεν υπάρχει καθόλου ικανοποίηση.

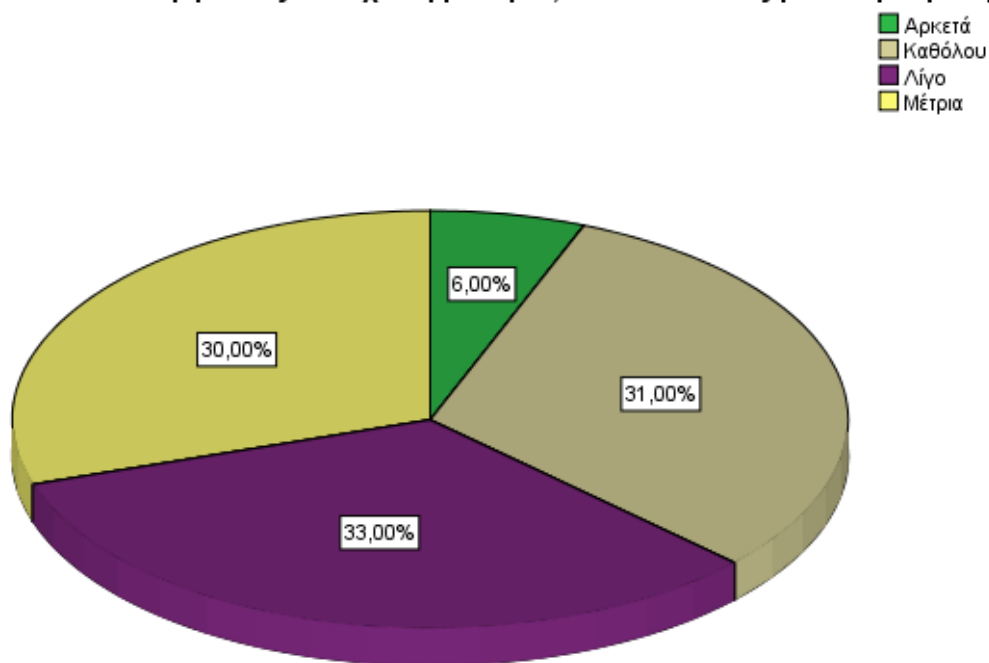
Το επάγγελμα μου με κάνει να αισθάνομαι πιο χρήσιμος στην κοινωνία σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 28. Αίσθημα χρησιμότητας στην κοινωνία λόγω του επαγγέλματος μετά την κρίση

Σε ερώτηση για το εάν με το τρέχον επάγγελμα νιώθουν πιο χρήσιμοι στην κοινωνία, το 47% θεωρούν τους εαυτούς τους αρκετά χρήσιμους, το 28% θεωρούν μέτρια την χρησιμότητά τους, το 16% θεωρεί την χρησιμότητά τους μικρή και το 9% θεωρεί πως δεν χρησιμεύει καθόλου.

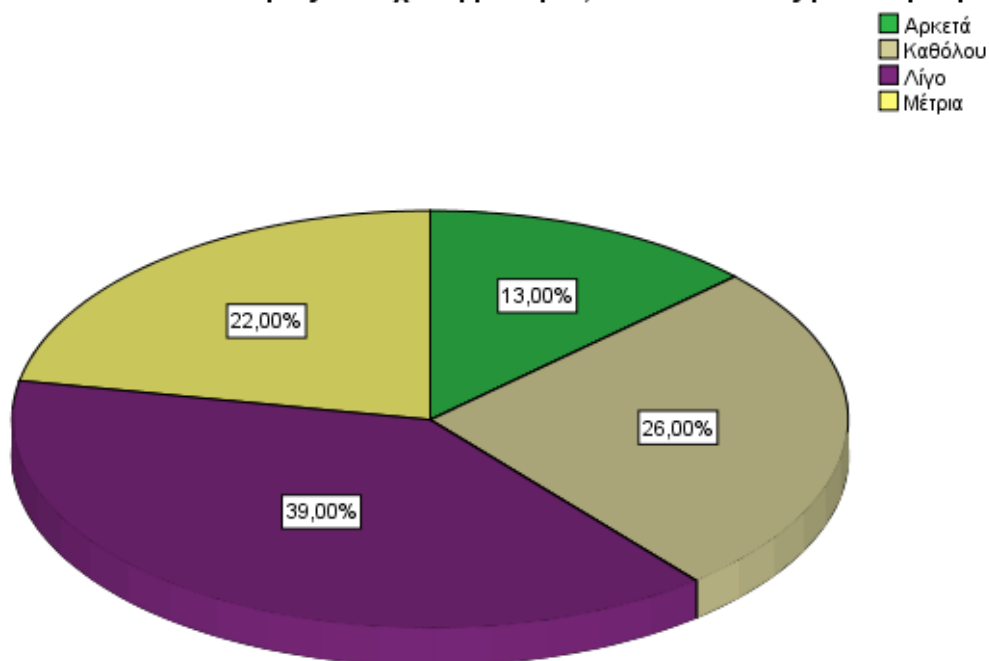
Το επάγγελμα μου προσφέρει ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις στον χώρο εργασίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 29. Προσφορά από το επάγγελμα ευκαιριών κοινωνικών σχέσεων μετά την κρίση

Για το εάν το επάγγελμά τους προσφέρει ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις, το 33% απάντησε πως δίνει λίγες ευκαιρίες, το 31% απάντησε πως δεν δίνει καθόλου ευκαιρίες, το 30% θεωρεί πως δίνει μέτριες ευκαιρίες και το 6% θεωρεί πως δίνει αρκετές.

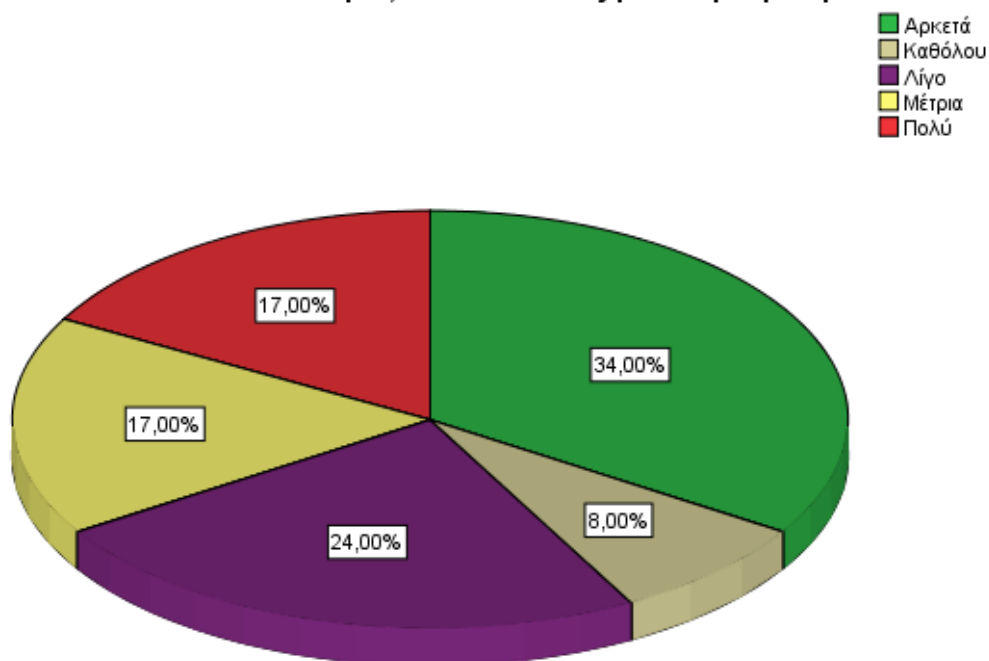
Η συμπεριφορά των ασθενών και των οικογενειών τους έχει τροποποιηθεί απέναντί μας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 30. Αλλαγή συμπεριφοράς ασθενών και οικογενειών μετά την κρίση

Στην ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν πως οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν αλλάξει την στάση τους απέναντί τους, το 39% θεωρεί πως η συμπεριφορά άλλαξε λίγο, το 26% θεωρεί πως η συμπεριφορά δεν άλλαξε καθόλου, το 22% πως άλλαξε σε μέτρια επίπεδα και το 13% πως η συμπεριφορά άλλαξε αρκετά.

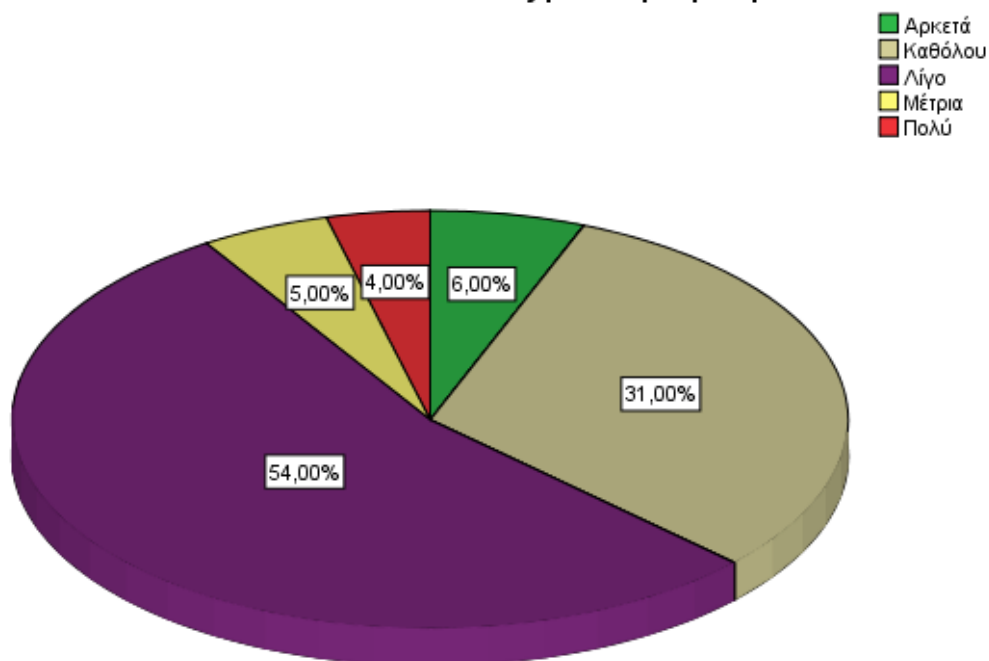
Συνολική ικανοποίηση από εικόνα και απόψεις για το επάγγελμα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 31. Συνολική ικανοποίηση από εικόνα και απόψεις για το επάγγελμα μετά την κρίση

Σχετικά με την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την συνολική εικόνα τους επαγγέλματός τους, το 34% δηλώνει αρκετά ικανοποιημένο, το 24% εμφανίζεται λίγο ικανοποιημένο, το 17% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, το άλλο 17% λέει πως είναι ικανοποιημένο σε μέτρια επίπεδα και το 8% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο.

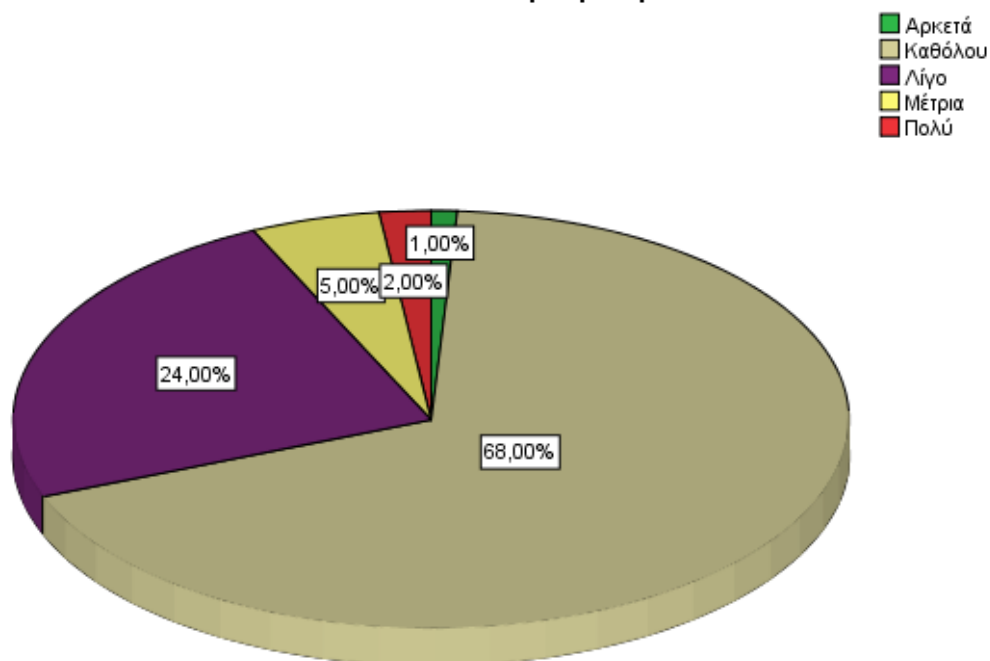
Ικανοποίηση από προοπτικές εξέλιξης για το επάγγελμα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 32. Ικανοποίηση από προοπτικές εξέλιξης για το επάγγελμα μετά την κρίση

Σε σχέση με τις προοπτικές εξέλιξης του επαγγέλματός τους, οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 54% πως υπάρχει λίγη ικανοποίηση, το 31% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο, το 6% είναι αρκετά ικανοποιημένο, το 5% είναι ικανοποιημένο σε μέτρια επίπεδα και το 4% εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο.

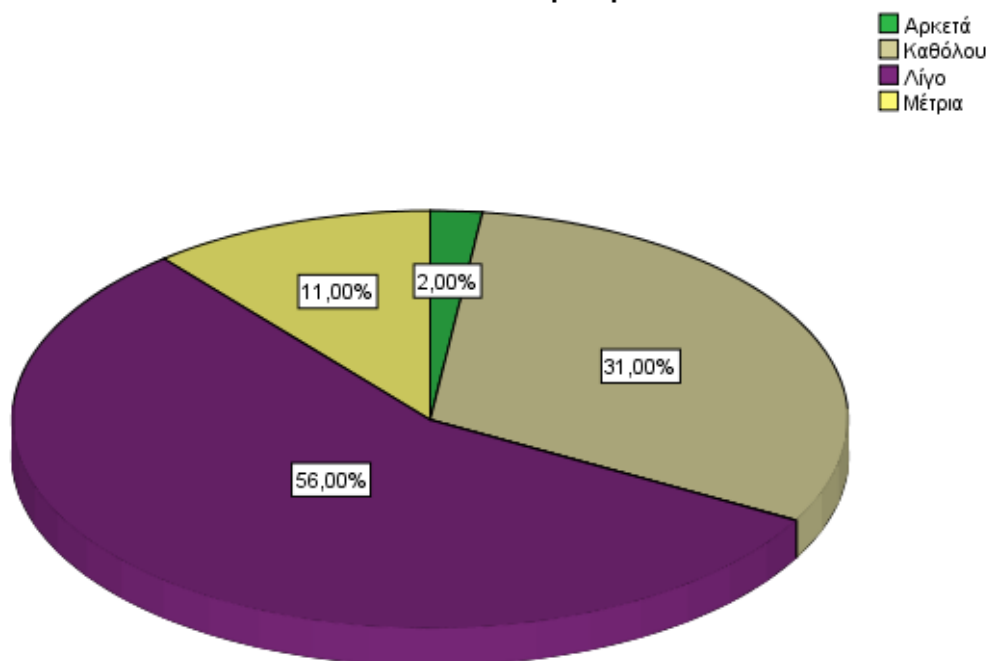
Ικανοποίηση από αλλαγές στην ασφάλιση σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 33. Ικανοποίηση από αλλαγές στην ασφάλιση μετά την κρίση

Η ερώτηση σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από τις ασφαλιστικές αλλαγές, δίνει συντριπτικά επίπεδα στην αρνητική ικανοποίηση, αφού το 68% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο και το 24% λίγο ικανοποιημένο. Το 5% είναι μέτρια ικανοποιημένο, το 2% πολύ ικανοποιημένο και το 1% αρκετά ικανοποιημένο.

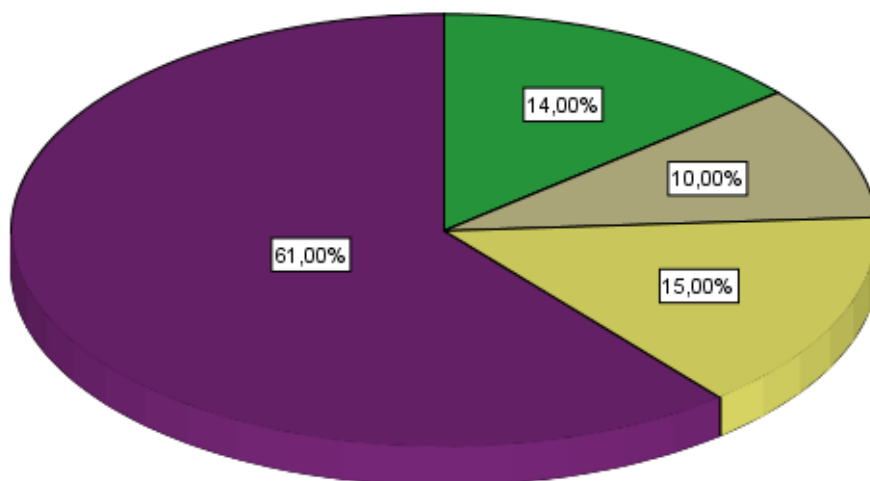
Ικανοποίηση από αλλαγές σε μισθούς σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 34. Ικανοποίηση από αλλαγές σε μισθούς μετά την κρίση

Για την ικανοποίηση από τις αλλαγές στους μισθούς, το 56% δηλώνει λίγο ικανοποιημένο από τις αλλαγές, το 31% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο, το 11% μέτρια ικανοποιημένο και το 2% αρκετά ικανοποιημένο. Η αύξηση των ωρών εργασίας, σε σχέση με την μείωση του εξοπλισμού, την κακή ασφάλιση και την μείωση των μισθών, επιφέρει συναισθήματα απογοήτευσης, ειδικά για επιστήμονες που εργάστηκαν σκληρά επί σειρά ετών ώστε να αποκτήσουν τις γνώσεις τους.

Συνολική ικανοποίηση σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση



Γράφημα 35. Συνολική ικανοποίηση μετά την κρίση

Τέλος, στην ερώτηση σχετικά με την συνολική ικανοποίηση σχετικά με πριν την κρίση, το τεράστιο ποσοστό της τάξεως του 61% απάντησε πως είναι λίγο ικανοποιημένο, το 15% απάντησε πως είναι μέτρια ικανοποιημένο, το 14% εμφανίστηκε αρκετά ικανοποιημένο και το 10% καθόλου ικανοποιημένο, αφού οι αλλαγές στον τομέα τους δεν εμφανίζονται θετικές για την πλειοψηφία των ερωτηθέντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Σε αυτό το σημείο μπορούν να παρουσιαστούν οι δείκτες που σχετίζονται με τις παραμέτρους που αποτελούσαν το θέμα του ερευνητικού σταδίου, για το πριν και μετά την οικονομική κρίση. Στον δείκτη διάρθρωσης προσωπικού, η μεγαλύτερη διαφοροποίηση καταγράφεται στο διοικητικό, το τεχνικό και λοιπό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, το 2014 εργάζονταν 56 άτομα, ενώ νωρίτερα μέσα στο 2008, εργάζονταν 93 άτομα. Ένα συμπέρασμα που μπορούμε να καταλήξουμε, είναι το ότι σε αυτούς τους τομείς, οι μισθοί βρίσκονταν σε υψηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα την αναγκαία μείωσή τους. Από την άλλη, τα άτομα που εργάζονταν στις συγκεκριμένες θέσεις θα μπορούσαν να έχουν ξεκινήσει δικές τους δουλειές ή εναλλακτικά να έχουν συνταξιοδοτηθεί.

Έπειτα, μία άλλη μεγάλη διαφοροποίηση εντοπίζεται στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το 2014 λοιπόν, έφτασε στους 204 εργαζομένους, όταν το 2008 βρισκόταν στους 234. Είναι γεγονός πως το συγκεκριμένο κομμάτι του προσωπικού, είναι και το ευκολότερο να απολυθεί, αφού καλύπτεται από τους υπόλοιπους νοσηλευτές που παραμένουν. Αυτό οδηγεί στο να εξοικονομούνται μισθοί.

Μία μικρή μείωση παρατηρήθηκε στους γιατρούς, που έφτασαν τους 50 το 2014, από τους 56 που ήταν το 2008, δείχνοντας τις αυξημένες ανάγκες για γιατρούς στα νοσοκομεία της Ελλάδας. Επίσης μικρή μείωση καταγράφηκε στους ειδικευόμενους, στους 36 το 2014, από τους 46 που ήταν το 2008. Αυτού του είδους η μείωση όμως μπορεί να οφείλεται στο άνοιγμα ιατρείων από τους νέους γιατρούς ή στην μετανάστευση στο εξωτερικό.

Μικρή είναι και η μείωση του παραϊατρικού προσωπικού, που έφτασε τους 38 εργαζομένους το 2014, από τους 45 που ήταν το 2008. Επίσης, μείωση είχαμε και στο επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό, αφού οι 5 εργαζόμενοι του 2008, έγιναν 3 το 2014, αν και αποτελεί προσωπικό που δεν γίνεται να μειωθεί περαιτέρω. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως ίσως αυτοί που αποχώρησαν, απλά μεταφέρθηκαν σε άλλους τομείς.

Από την άλλη μεριά και όσον αφορά τους δείκτες κίνησης των ασθενών, είναι λογικό να εμφανίζεται αύξηση του επιπέδου των νοσηλευθέντων, λόγω της δύσκολης καθημερινότητας και της οικονομικής κρίσης που είναι αναγκασμένοι να αντιμετωπίσουν. Με αριθμητικά δεδομένα, οι νοσηλευθέντες έφταναν τους 10.929 το 2009, ενώ το 2013 έφταναν τους 12.013, μία αύξηση της τάξεως των 1.084 ασθενών. Η αύξηση των επισκέψεων στο νοσοκομείο, αποδεικνύεται τόσο από τον αυξημένο δείκτη εισόδου των ασθενών, όσο και από τον δείκτη εξόδου, αφού είναι λογικό πως θα παίρνουν εξιτήριο ακόμη περισσότεροι πολίτες.

Ακολουθεί ο δείκτης ηλικιακής σύνθεσης, με την μεγαλύτερη διαφορά να εντοπίζεται στα άτομα ηλικίας 36 έως 45 ετών και να ακολουθούν οι ηλικίες από 26 έως 35 και 46 έως 55. Εάν το δούμε λογικά, θα καταλάβουμε πως είναι οι ηλικίες που απολύονται συχνότερα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης ή που επιθυμούν να εργαστούν σε δικές τους δουλειές ή που μεταναστεύουν στο εξωτερικό. Μικρότερες είναι οι διαφορές στις ηλικίες των 18 έως 25 ετών και στους 56 ετών και πάνω. Αυτό οφείλεται στο ότι οι μεν αποτελούν νέους εργαζομένους, με σχετικά μικρούς μισθούς, με αποτέλεσμα να μπορούν να καλυφθούν εύκολα, και οι δε συνήθως έχουν να επιδείξουν μεγάλη εργασιακή εμπειρία και πολλές φορές κοντεύουν τα χρόνια συνταξιοδότησης, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η αλλαγή της επαγγελματικής τους στέγης ή το ενδεχόμενο της απόλυσής τους.

Ακολούθως, έχουμε τον δείκτη ωραρίων εργασίας, που δείχνει μείωση των εργαζομένων που δούλευαν 6.5 ώρες την μέρα, αφού ήταν συνήθως νέοι εργαζόμενοι, ειδικευόμενοι ή βοηθητικό προσωπικό. Μείωση εμφανίζουν και οι εργαζόμενοι που δούλευαν τουλάχιστον 14 ώρες την ημέρα, αφού πλέον δεν υπάρχουν χρήματα για να καλυφθούν τόσες πολλές υπερωρίες. Σε μικρότερα επίπεδα μειώθηκε η κατηγορία εργαζομένων 8 ώρου ανά ημέρα και αυξήθηκε η κατηγορία των εργαζομένων 12 ώρου ανά ημέρα. Η τελευταία κατηγορία, αφορά κυρίως τους γιατρούς και κάποιες ιατρικές ειδικότητες, που είναι απαραίτητες για τις υπηρεσίες και την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων.

Στους δείκτες των νοσηλίων τώρα, καταγράφεται μεγάλη μείωση στα νοσήλια μεταξύ 501 και 1.500 ευρώ. Άλλη μεγάλη διαφοροποίηση παρουσιάζεται στην κατηγορία που αφορά τα νοσήλια άνω των 1.500 ευρώ. Στα νοσήλια έως 500 ευρώ όμως, καταγράφεται αύξηση και αυτό μπορεί να μεταφραστεί, στο ότι οι ασθενείς εξαιτίας

της οικονομικής κρίσης δεν είναι σε θέση να πληρώσουν υψηλότερα ποσά νοσηλίας. Έτσι, οι δημόσιες υπηρεσίες του νοσοκομείου γίνονται διαθέσιμες, με μικρότερο κόστος για τους ασθενείς.

Τέλος, έχουμε τον δείκτη προμηθειών του νοσοκομείου, όπου παρατηρούνται ορισμένες διαφοροποιήσεις στα φαρμακευτικά προϊόντα και τα φάρμακα. Έτσι, έχουμε φτάσει στο 67% του 2014, σε σχέση με το 55% του 2008, αφού τα φάρμακα θεωρούνται βασική προμήθεια των νοσοκομειακών μονάδων. Είναι όμως λογικό, να παρατηρούνται μειώσεις στα τρόφιμα, τον λοιπό ιατρικό εξοπλισμό, τις λοιπές προμήθειες και τα είδη καθαριότητας.

7.2 Γενικά συμπεράσματα

Στην περίπτωση του νοσοκομείου Γιαννιτσών, είναι σημαντική η εφαρμογή του μηχανισμού της αξιολόγησης, ώστε να επιλύονται διάφορα προβλήματα πρώτου αυτά φτάσουν στο σημείο να μην μπορούν να λυθούν ή να είναι πολύ εκτεταμένα.

Έχοντας στο μυαλό το παραπάνω, προτείνεται η εφαρμογή της παραγωγικής αξιολόγησης εργαζομένων, με την χρήση εταιρειών κέντρων αξιολόγησης, αντί της χρησιμοποίησης του παραδοσιακού μοντέλου. Στην περίπτωσή μας, η μέθοδος που εφαρμόζεται είναι αυτή της αποδοτικότητας και ανάλυσης των δυνατοτήτων και των αδυναμιών. Στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικό να συμμετέχει και ο αξιολογούμενος, αφού ο ρόλος του είναι πολύ ουσιαστικός.

Όταν μιλάμε για αξιολόγηση της αποδοτικότητας, εννοούμε τα αποτελέσματα από την παροχή υπηρεσιών, σε σχέση με τους πόρους που υπάρχουν. Παίρνοντας λοιπόν σαν γνώμονα την αποδοτικότητα, αξιολογείται ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, που οδηγούν στην παραγωγή αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα ξεκινούν από μικρότερης σημασίας ζητήματα, όπως η σχετική ικανοποίηση των ασθενών, για να οδηγηθούμε σε μέγιστης σημασίας ζητήματα, όπως η υγεία των πολιτών. Πρέπει λοιπόν να χρησιμοποιηθούν ορισμένες μέθοδοι συγκριτικής ανάλυσης, για να κριθεί η αποδοτικότητα των παροχών του Ε.Σ.Υ. Αυτές οι μέθοδοι λοιπόν, έχουν σχέση με την αξιολόγηση, βάση πινάκων με δείκτες κόστους, παραγωγικότητας ή και αποδοτικότητας, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζονται και κάποια σημεία αναφοράς. Εν

συνεχία, ακολουθεί η μέτρηση των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν, με την χρησιμοποίηση φυσικών ή οικονομικών όρων, ώστε να υπολογιστεί το ζήτημα που μας ενδιαφέρει, δηλαδή η αποδοτικότητα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Επίσης, θεωρείται σημαντικό το να εντοπιστούν τόσο τα αίτια, όσο και τα προβλήματα απόδοσης, για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί ορθή αξιολόγηση των εργαζομένων, πάντα σε αναλογία με τα όποια ζητήματα μπορεί να τους επηρεάζουν. Επιπροσθέτως, και με βάση τους παράγοντες κινήτρων, ικανότητας και τους περιστασιακούς παράγοντες θα πρέπει να προσδιοριστούν τα αίτια της απόδοσης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, αναμένεται να ασχοληθούμε περισσότερο με τον τομέα της νοσηλευτικής, οπότε είναι αναγκαίο να καταγραφούν οι διαπροσωπικές ικανότητες, η εργασιακή γνώση και η νοημοσύνη του κάθε εργαζομένου ξεχωριστά. Αξίζει να αναφερθεί πως τον ρόλο κινήτρων τον παίζουν οι αμοιβές, όπως ο βασικός μισθός και τα επιδόματα, αλλά και οι τιμωρίες που μπορεί να υπάρξουν. Υπάρχουν επίσης περιστασιακοί παράγοντες, που φαίνεται όμως ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. και που είναι άμεσα συνυφασμένοι με κάποια στοιχεία που επηρεάζονται από την πάροδο του χρόνου όπως, η εναλλαγή προϊσταμένων, οι μειώσεις στο προσωπικό και η ύπαρξη άλλων κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.

Η έλλειψη φυσικών πόρων, έχει οδηγήσει το σύστημα υγείας να προβαίνει σε επιπλέον έξοδα, ώστε να καλύψει τα κενά των ελλειμματικών πόρων, κάτι που αποτελεί λανθασμένη στρατηγική, αφού επηρεάζει αρνητικά του διαθέσιμους οικονομικούς πόρους του Ε.Σ.Υ., αντί να αυξάνει την αποδοτικότητα.

Για να αξιολογηθεί λοιπόν η αποδοτικότητα, θα χρησιμοποιηθούν οι εξής δείκτες:

- Οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες
- Η ποσότητα παραγωγικών συντελεστών, όπως γιατροί και νοσηλευτές
- Η κατηγοριοποίηση των ασθενών που νοσηλεύονται, βάση ασθένειας ή ιατρικής ειδικότητας που απαιτείται και
- Το τελικό στάδιο υγείας του ασθενούς που νοσηλεύεται.

Τέλος, θεωρείται απαραίτητο ο Manager να καταλήξει στην μορφή της αξιολόγησης. Η απόφασή του θα εξαρτηθεί από το τι επιθυμεί, δηλαδή την αξιολόγηση από τους υφισταμένους, την αξιολόγηση από τους συναδέλφους ή την αυτο – αξιολόγηση.

Ειδικά σε χώρες του εξωτερικού, είναι διαδεδομένο το σύστημα αξιολόγησης μεταξύ συναδέλφων και ειδικά σε περιπτώσεις ανάγκης αξιολόγησης μεγάλων εργασιακών ομάδων. Στην χώρα μας η συγκεκριμένη μορφή συνήθως αποφεύγεται, αφού ειδικά στον δημόσιο τομέα παρατηρούνται φαινόμενα δημιουργίας ομάδων συμφερόντων και μη αξιοκρατίας. Τέτοια ζητήματα οδηγούν πολλές φορές κάποιους εργαζομένους στο περιθώριο, αφού με το σύστημα αυτό προωθούνται πολλές φορές οι συμπάθειες και οι αντιπάθειες, ενώ η εικόνα των εργαζομένων μπορεί και να δεχθεί πλήγμα.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση λοιπόν, προτείνεται το σύστημα της αυτο – αξιολόγησης, αφού 1) σε ορισμένες περιπτώσεις δεν υπάρχουν υφιστάμενοι και 2) δίνεται η δυνατότητα στους εργαζομένους να συμμετάσχουν στην διαδικασία της αξιολόγησης και να αναφέρουν τα προσωπικά τους αίτια σχετικά με τα ζητήματα απόδοσης που τυχόν υπάρχουν. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να εντοπίζουν τα πρακτικά τους προβλήματα στην απόδοσή τους και με αυτόν τον τρόπο να τα επιλύουν ώστε να εξελίσσονται.

Στην αξιολόγηση θα πρέπει να πάρει μέρος όλο το εργατικό δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών, με τρόπο επίσημο και επώνυμο. Ο στόχος εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι που κατέγραψαν χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας, θα μπορέσουν να αναβαθμίσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς, ώστε να φτάσουν σε ένα υψηλότερο επίπεδο αποδοτικότητας. Άλλος στόχος είναι η αύξηση του βαθμού της ικανοποίησης, ειδικά τις τάξεις του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο στην προσωπική τους ικανοποίηση λόγω της προσφοράς τους, όσο και στις παροχές τους προς τους ασθενείς.

Η διαδικασία της λήψης των αποφάσεων, μπορεί να καταγραφεί στα ακόλουθα βήματα:

1. Αναγνώριση προβλήματος. Εάν πάρουμε σαν δεδομένο το ότι από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και μετά μειώθηκαν σημαντικά οι ανθρωπίνι και οικονομική πόροι, προκύπτει ένα σοβαρό πρόβλημα σχετικά με τα αποτελέσματα της αποδοτικότητας, αφού για να συνεχίσουν να παρέχονται ικανοποιητικές υπηρεσίες, θα πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό και κάποιες οικονομικές δυνατότητες. Η διαδικασία της αξιολόγησης καταλήγει να είναι μισητή, αφού δεν υπάρχουν οι απαραίτητοι πόροι, εξαιτίας των απολύσεων αρκετών επαγγελματιών υγείας, καθώς και της

διαδικασίας της διαθεσιμότητας. Θεωρείται πολύ σημαντικό όλοι οι εργαζόμενοι να κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις του αντικειμένου τους και παράλληλα να έχουν την δυνατότητα ειδίκευσης και μετεκπαίδευσης, ώστε να αναβαθμίζουν τις γνώσεις τους και να βρίσκονται σε υψηλότερη εργασιακή ετοιμότητα, αφού πλέον το προσωπικό είναι λιγότερο και καλείται να καλύψει περισσότερες ανάγκες.

2. Καθορισμός των κριτηρίων. Τα κριτήρια που σχετίζονται με την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι κατά σειρά: 1) Η γνώση επάνω στο αντικείμενο, δηλαδή η επιμόρφωση, οι τίτλοι σπουδών και η μετεκπαίδευση. 2) Η δημιουργικότητα και το ενδιαφέρον επάνω στην δουλειά, δηλαδή ο βαθμός αφοσίωσης, η καινοτομία και η πρωτοβουλία. 3) Η συμπεριφορά και οι υπηρεσιακές σχέσεις, δηλαδή η επικοινωνία και η συνεργασία με τους συναδέλφους και η συμπεριφορά προς τους ασθενείς. 4) Η αποτελεσματικότητα, δηλαδή η ικανότητα επίτευξης των καθηκόντων και των στόχων της θέσεως, καθώς και η ποιότητα και ποσότητα της εργασίας.
3. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων. Στην περίπτωση αποτυχίας του επιλεγμένου μοντέλου αξιολόγησης να δώσει απολύτως αμερόληπτα και σημαντικά αποτελέσματα, τότε πραγματοποιείται επαναξιολόγηση από συναδέλφους. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται το να συγκριθούν τα αποτελέσματα των δύο περιπτώσεων, σε απόλυτα μεγέθη, ώστε να βγει ένας αποδεκτός μέσος όρος αποτελεσμάτων. Στην δεύτερη περίπτωση θα αποφευχθεί και το ζήτημα των συμπαθειών – αντιπαθειών, που αναλύσαμε προηγουμένως.
4. Αξιολόγηση. Οι κλίμακες της βαθμολογίας καθορίζονται με την εξής μορφή: 1) Με βαθμό 9 και 10 βαθμολογείται ένα ποσοστό της τάξεως του 25% των εργαζομένων. 2) Με βαθμό 7 και 8 βαθμολογείται ένα ποσοστό του 60% των εργαζομένων. 3) Με βαθμό 1 έως 6 βαθμολογείται ένα ποσοστό του 15% των εργαζομένων. Εάν προκύψει από την εφαρμογή των παραπάνω ποσοστών, κλάσμα μισής μονάδας και άνω, τότε λογίζεται ως μία ακέραιη μονάδα. Τέλος, θα πρέπει να συμπληρώνονται στο έντυπο της αξιολόγησης από τον αξιολογητή, μέτρα βελτίωσης του αξιολογούμενου, εάν βαθμολογηθεί με βαθμό από 1 έως 6.
5. Εφαρμογή. Ο Manager, παίρνοντας σαν γνώμονα τα αποτελέσματα των αξιολογούμενων, θα πρέπει να λειτουργήσει με τέτοιο τρόπο, ώστε να

βρεθούν οι κατάλληλοι πόροι και να επιλυθούν τα προβλήματα απόδοσης. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει και το στοιχείο της ανατροφοδότησης, ώστε οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν να μετατραπούν σε ένα κατάλληλο σχέδιο δράσης, που θα οδηγήσει στην επίλυση των προβλημάτων που προέκυψαν κατά την διάρκεια της αξιολόγησης. Σε αυτήν την διαδικασία δεν είναι απαραίτητες οι λεπτομέρειες, αλλά μόνο τα βασικά στοιχεία.

Παρακάτω, μπορούμε να δούμε αναλυτικά ένα χρονοδιάγραμμα υλοποίησης λύσεων, που σχεδιάστηκε μέσω της μεθόδου του Gantt.

Διάγραμμα Gantt μελλοντικών εργασιών					
2017					
	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	ΜΑΡΤΙΟΣ	ΑΠΡΙΛΙΟΣ	ΜΑΙΟΣ
Ανάλυση οικονομικών δεδομένων					
Ανάλυση διαθέσιμων πόρων					
Ανάλυση ικανοποίησης εργατικού δυναμικού					
Επεξεργασία λοιπών ποσοτικών στοιχείων					
Εφαρμογή σύγκρισης σχέσης χρησιμοποιούμενων πόρων και αποτελεσμάτων					

Υπολογισμός δεικτών απόδοσης για αποτύπωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών για διάστημα πενταετίας									
Σύγκριση αποτελεσμάτων γενικών υπηρεσιών υγείας με αποτελέσματα διακεκριμένου Νοσοκομείου									
Σύγκριση αποτελεσμάτων αποδοτικότητας προσφοράς υπηρεσιών υγείας για την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, με αντίστοιχα αποτελέσματα διακεκριμένου Κέντρου Υγείας									

Σύμφωνα με τα όσα προηγήθηκαν, αλλά και λόγω της εφαρμογής των διαφόρων μοντέλων παρακίνησης, προτείνονται κάποιες μέθοδοι που αναμένεται να προσφέρουν στους γιατρούς υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία τους. Έτσι, θα μπορούσαν να καταγραφούν τα εξής, σχετικά με τις προτεινόμενες δράσεις παρακίνησης των γιατρών (Mullan, 2005):

- Να συμμετέχουν ενεργά στην διαμόρφωση αποφάσεων.
- Να προβάλλεται το έργο τους. Το έργο τους φυσικά, μπορεί να μην περιορίζεται στην ιατρική, αλλά να περιλαμβάνει επιστημονικές και εκπαιδευτικές δράσεις. Με αυτόν τον τρόπο, αναβαθμίζεται ή αποκαθίσταται το κύρος τους.
- Να πραγματοποιείται ταυτόχρονη παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού, που εργάζεται στο πλάι των γιατρών.
- Να δημιουργούνται σύγχρονες υποδομές.
- Να παρέχονται τα απαραίτητα αναλώσιμα που θεωρούνται αναγκαία για την ολοκλήρωση του ιατρικού έργου.
- Να παράγονται διεπιστημονικές συλλογικότητες.

- Το διοικητικό προσωπικό να υποστηρίζει το έργο των γιατρών τους.
- Να διασφαλίζεται η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. με την εφαρμογή των κατάλληλων πρότυπων ποιότητας ISO.
- Να αυξηθεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, θα πρέπει να είναι ικανό, ώστε να μπορεί να συνεπικουρεί αποτελεσματικά το έργο των ιατρών.
- Να αξιοποιούνται οι θετικές προοπτικές του εργασιακού περιβάλλοντος και να γίνεται προσπάθεια συνεχούς βελτίωσής του. Η βελτίωση περιλαμβάνει τόσο την καθαριότητα, όσο και την καλαισθησία.
- Να υπάρχει συμμετοχή του νοσοκομείου με τα ΚΕΚ ή με τα προγράμματα ΛΑΕΚ του ΟΑΕΔ.
- Να αναπτύσσονται ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που θα βελτιώνουν τις κλινικές δεξιότητες του προσωπικού.
- Να δημιουργούνται σύγχρονες βάσεις υπολογιστικών δεδομένων και βιβλιοθήκες, ώστε οι γιατροί να μπορούν να ανατρέχουν σε περίπτωση ανάγκης.
- Να εξελιχθούν τεχνολογικά τα δίκτυα των νοσοκομείων, όπως είναι για παράδειγμα η αυτόματη ενημέρωση του ιστορικού του ασθενούς και το αυτόματο σύστημα των ραντεβού.
- Να προωθηθούν οι κατάλληλες προοπτικές, ώστε να παρέχονται υπηρεσίες ιατρικής τάξης σε περιοχές που βρίσκονται μακριά από τα νοσοκομειακά κέντρα. Αυτές οι δράσεις θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν με συνεργασίες με πολιτιστικούς, αθλητικούς ή σχολικούς συλλόγους.
- Να διοργανώνονται σεμινάρια, υπό την αιγίδα του νοσοκομείου, ώστε να καλύπτονται θέματα εκπαίδευσης που μπορεί να προκύπτουν από τις πιο πρόσφατες έρευνες.

Όλα τα παραπάνω θα επιτευχθούν, εάν οι γιατροί βεβαιωθούν ότι με το να συμμετέχουν σε όλες τις δράσεις, θα επιτύχουν τόσο ατομικά, όσο και συλλογικά. Επίσης, θα πρέπει σε κάθε στάδιο σχεδιασμού, να υπάρχει συνεχής ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων (Bach, et al., 2000). Για να στεφθεί από επιτυχία η διαδικασία, οι σχέσεις μεταξύ ιατρών, παραϊατρικού προσωπικού και διοίκησης θα πρέπει να είναι θετικές. Η ορθή επικοινωνία και συνεργασία, αποτελεί τον βασικό παράγοντα για την συνολική παρακίνηση του προσωπικού, με αποτέλεσμα να συντελείται η διαμόρφωση

διοικητικής σταθερότητας και εργασιακής ισορροπίας στο εσωτερικό του νοσοκομείου
(Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

- Πολυχρονίδης, Ι., (2010), Δημόσια υγεία, κοινωνική πρόνοια και υγειονομική πολιτική στην Κρητική πολιτεία (1898-1913), Εκδόσεις: Παπαζήσης
- Χατζηπανταζή, Π., (2010), Ζητήματα υγείας ταξιδεύοντας στον κόσμο, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
- Κυριόπουλος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ., Shipkovenska, E., Hristov, J., (2010), Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria - The Challenge of the Cross-border Collaboration, Εκδόσεις: Παπαζήσης
- Σουλιώτης, Κ., Λιονής, Χ., Κυριόπουλος, Ι., Καραμπλή, Ε., Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Μυλωνά, Κ., Τριτάκη, Γ., Τσιάντου, Β., (2010), Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Παπαζήσης
- Σεπέτης, Α., (2010), Περιβαλλοντική και αειφόρος διαχείριση στη δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Παπαζήσης
- Αγραφιώτης, Δ., Loizos, P., Ιωαννίδη - Καπόλου, Ε., Μαγουλάς, Χ., Αποστολίδης, Θ., Θεοχάρους, Α., Καρεκλά, Μ., Καψού, Μ., Κούτα, Χ., Κωνσταντίνου, Κ., Κωνσταντίνου, Μ., Λοϊζου, Χ., Μάινα, Α., Μουστάκα - Playbell, Σ., (2009), Κοινωνία και υγεία - Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις στον κυπριακό και στον ελλαδικό χώρο, Εκδόσεις: Κριτική
- Friis, R., Sellers, T., (2008), Επιδημιολογία και δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Νικολαΐδης, Γ., (2008), Ιστορία των επιστημών της δημόσιας υγείας, Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου
- Ανδριώτη, Δ., Ρουμελιώτη, Α., (2007), Δημογραφία, δημόσια υγεία και πολιτική υγείας, Εκδόσεις: Παπαζήσης

- Χούκλη, Μ., (2007), Ευρωπαϊκή Ένωση και δημόσια υγεία - Αρμοδιότητες και πολιτικές, Εκδόσεις: Mediforce
- Ξηρουχάκη, Ε., (2000), Υγιεινή και επιδημιολογία στο χώρο του νοσοκομείου, Εκδόσεις: Συμμετρία
- Ζηλίδης, Χ., (1995), Διατροφή και δημόσια υγεία, Εκδόσεις: University Studio Press
- Σαπουνάκη – Δρακάκη, Λ., (2005), Οικονομική ανάπτυξη και κοινωνική προστασία - Η γέννηση των υπηρεσιών υγείας στον Πειραιά και το Τζάνειο νοσοκομείο, Εκδόσεις: Διόνικος
- Farmer, R., Lavrenson, R., Miller, D., (2010), Επιδημιολογία και ιατρική δημόσιας υγείας, Εκδόσεις: Παρισιάνου
- Τσαλίκης, Γ., Πολύζος, Ν., Μπουρσανίδης, Χ., Κυριόπουλος, Ι., Οικονόμου, Χ., (2000), Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης - διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις: Θεμέλιο
- Μπαρούτης, Σ., (2010), Συστήματα Υγείας και η υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις: Σάκκουλας
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007), Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
- Σουλιώτης, Κ., Χατζηανδρέου, Ε., (2005), Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας - Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα: Βασισμένο στα πρακτικά του 3ου συνεδρίου του Ελληνο-αμερικανικού επιμελητηρίου Healthworld, Εκδόσεις: Παπαζήσης

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

- ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις, (2014), Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/8324408.pdf>

- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επίπεδο Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες Με Την Υγεία, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiamap.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Epipedo_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiamap.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Epilogi_Ypiresiwn_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiamap.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Xrisi_Ypiresiwn_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiamap.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Antapokrisimotita_Ypiresiwn_Ygeias.pdf

PAPERS

- Andaleeb, S. S. (2001) Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country, *Social Science & Medicine*, 52, pp. 1359–1370.
- Anderson, E. W. & Fornell, C. (1994) A customer satisfaction research prospectus, in: R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds) *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, pp. 241–268 (Thousand Oaks, CA: Sage).

- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1989) Adapting the SERVQUAL scale to the health care environment, in: P. Bloom (Ed.) *Enhancing Knowledge Development in Marketing* (Chicago, IL: American Marketing Association).
- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1992) Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation, *Health Services Research*, 26, pp. 767–786.
- Biema, V. M. & Greenwald, B. (1997) Managing our way to higher service-sector productivity, *Harvard Business Review*, July–August, pp. 87–95.
- Bowers, M., Swan, J. & Koehler, W. (1994) What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?, *Health Care Management Review*, 19, pp. 49–55.
- Chung, K. C., Hamill, J. B., Kim, H. M., Walters, M. R. & Wilkins, E. G. (1999) Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic, *Annals of Plastic Surgery*, 42, pp. 56–60.
- Jackson, J., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001) Predictors of patient satisfaction, *Social Science and Medicine*, 52, pp. 609–620.
- Jun, M., Peterson, R. & Zsidisin, G. A. (1998) The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results, *Health Care Management Review*, 23, pp. 81–96.
- Kuei, C. (1988) Service quality, in: C. N. Madu (Ed.) *Handbook of Total Quality Management* (New York: Kluwer Academic Publishers).
- Lam, S. K. S. (1997) SERVQUAL: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong, *Total Quality Management*, 8, pp. 145–152.

- Le May, S., Hardy, J. F., Taillefer, M. C. & Dupuis, G. (2001) Patient satisfaction with anaesthesia services, *Canadian Journal of Anaesthesia*, 48, pp. 153–161.
- Ma, M. H.-M., Chung, K.-P., Shih, C.-L., Hsueh, A., Jin, J.-Y. & Chen, W.-J. (2001) Assessing the quality of emergency department care using the gap model of service quality, *Academic Emergency Medicine*, 8, p. 481.
- Macario, A., Weinger, M., Carney, S. & Kim, A. (1999) Which clinical anesthesia are important to avoid?, The perspective of patients, *Anesthesia & Analgesia*, 89, pp. 652–658.
- O'Connor, S., Trinh, H. Q. & Shewchuk, R. M. (2000) Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality, *Health Care Management Review*, 25, pp. 7–23.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1988) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64, pp. 12–40.
- Peyrot, M., Cooper, P. & Schnapf, D. (1993) Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services, *Journal of Health Care Marketing*, 13, pp. 24–33.
- Press, I., Ganey, R. F. & Malone, M. P. (1991) Satisfied patients can spell financial well-being, *Healthcare Financial Management*, 45, pp. 34–36.
- Scardina, S. A. (1994) SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care, *Journal of Nursing Care Quality*, 8, pp. 38–46.
- Taylor, S. (1994) Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies, *Hospital and Health Services Administration*, 39, pp. 221–236.

- Williams, S. J. & Calnan, M. (1991) Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings, *Social Science & Medicine*, 33, pp. 707–716.

- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. & Berry, L. L. (1990) Service leadership spells profits, in: *Delivering Quality Service; Balancing Customer Perceptions and Expectations* (New York: The Free Press).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ειδικότητα

Ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό

Τεχν. - Παραϊατρικό προσωπικό

Διοικητικό προσωπικό

2. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

3. Ηλικία

18 έως 25

26 έως 35

36 έως 45

46 έως 55

56 έως 65+

4. Επίπεδο σπουδών

Απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης

Απολυτήριο λυκείου

Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Μεταπτυχιακός τίτλος

5. Προϋπηρεσία πριν τον διορισμό στο νοσοκομείο σε έτη

1 έως 5

6 έως 15

16 και πλέον

6. Προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο νοσοκομείου

1 έως 5

6 έως 15

16 και πλέον

7. Συμμετείχατε κατά το τελευταίο έτος σε δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα;

Ναι

Όχι

8. Διαφοροποιήθηκε το περιβάλλον εργασίας σας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

9. Διαφοροποιήθηκε ο εξοπλισμός του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

10. Διαφοροποιήθηκαν οι συνθήκες ασφαλείας του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

11. Διαφοροποιήθηκαν οι συνθήκες γραφειοκρατίας του νοσοκομείου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

12. Καταγραφή του ρόλου, της αποστολής και των καθηκόντων μου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Ναι

Όχι

13. Άλλαξε ο βαθμός εργασιακής αυτονομίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

14. Άλλαξε η συχνότητα ενημέρωσης για υπηρεσιακές και επιστημονικές αλλαγές που σχετίζονται με εκτέλεση καθηκόντων σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

15. Παροχή απαραίτητων μέσων για εκτέλεση καθηκόντων σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Ναι

Όχι

16. Εργασία πέραν του ωραρίου σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Ναι

Όχι

17. Άλλαξε ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης από περιεχόμενο εργασίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Θετικά

Αρνητικά

Ουδέτερα

18. Ποιες πληροφορίες θα βοηθούσαν στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κατά την υλοποίηση της εργασίας σας;

Γνώμη - απόψεις προϊσταμένων

Γνώμη - απόψεις υφισταμένων

Επιστημονικές πληροφορίες

Στάση - νοοτροπία - επιθυμίες ασθενών

19. Τα προσόντα και οι γνώσεις μου χρησιμοποιούνται επαρκώς σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

20. Από την υπηρεσία μου δίνονται ευκαιρίες ανάπτυξης προσωπικών πρωτοβουλιών σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

21. Απόλαυση της αίσθησης της "σωστής και αποτελεσματικά επιτυχημένης δουλειάς" σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

22. Εποπτεία - καθοδήγηση από τους ανώτερους σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

23. Δυνατότητα συμμετοχής σε συσκέψεις - συναντήσεις για εργασιακά θέματα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

24. Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με προϊστάμενο σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

25. Αλλαγή σχέσεων με συναδέλφους σε σχέση με πριν (προς πλέον φιλικές), στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

26. Μπορώ να βασιστώ στην υποστήριξη των συναδέλφων μου σε περίπτωση δυσκολιών σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

27. Συνολική ικανοποίηση από συνεργασία με συναδέλφους σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

28. Το επάγγελμα μου με κάνει να αισθάνομαι πιο χρήσιμος στην κοινωνία σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

29. Το επάγγελμα μου προσφέρει ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις στον χώρο εργασίας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

30. Η συμπεριφορά των ασθενών και των οικογενειών τους έχει τροποποιηθεί απέναντί μας σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

31. Συνολική ικανοποίηση από εικόνα και απόψεις για το επάγγελμα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

32. Ικανοποίηση από προοπτικές εξέλιξης για το επάγγελμα σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

33. Ικανοποίηση από αλλαγές στην ασφάλιση σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

34. Ικανοποίηση από αλλαγές σε μισθούς σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

35. Συνολική ικανοποίηση σε σχέση με πριν, στο καθεστώς μετά την κρίση

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ