



ΤΜΗΜΑ: Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ- ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
και εφαρμογή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
European Foundation for Quality Management
and implementation in Primary Care

ΙΩΑΝΝΑ Υ. ΣΑΜΑΡΑ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 19020

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος

Καθηγήτρια Β. Γκιόκα

ΑΘΗΝΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
και εφαρμογή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
European Foundation for Quality Management
and implementation in Primary Care**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΩΑΝΝΑ Υ. ΣΑΜΑΡΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Κα ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΚΙΟΚΑ**

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Ακαδημαϊκή Υπότροφος	ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΚΙΟΚΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
-----------------------------------	---------------------------------	----------------------------	-----------------

Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	------------------------------------	----------------------	-----------------

Μέλος	Επίκουρος Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	--------------------------------	--------------------------	-----------------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΣΑΜΑΡΑ ΙΩΑΝΝΑ του ΥΨΗΛΑΝΤΗ, με αριθμό μητρώου 19020 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι την δημοσίευσή της και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Σαμαρά
Ιωάννα



(υπογραφή)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
-ΠΕΡΙΛΗΨΗ –SUMMARY	8-9
-ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ	10-11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ- ΔΙΑΡΚΕΣ ΑΙΤΗΜΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- EFQM)	14
1.1 Εισαγωγή στην ποιότητα.....	14
1.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα.....	15
1.3 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι EFQM	21
1.4 Πώς βοηθάει το EFQM	22
2. ΗΓΕΣΙΑ	23
2.1 Οι άξονες.....	23
2.2 Ο ρόλος.....	26
2.3 Η Επιχείρηση Αριστείας.....	26
2.4 Υπεύθυνοι παράγοντες διοίκησης.....	27
3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε. (Αγγλία, Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, Ολλανδία, Γερμανία, Ισπανία)	31
3.1 Γενικά χαρακτηριστικά NHS στη Μ. Βρετανία	32
3.2 Σουηδία.....	37
3.3 Φινλανδία	38
3.4 Δανία	40
3.5 Ολλανδία	41
3.6 Γερμανία.....	45
3.7 Ισπανία	48
3.8 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΦΥ (στις προαναφερόμενες ευρωπαϊκές χώρες ως προς τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά)	49
3.9 ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΓΕΝΙΚΑ	53

4. Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	61
4.1 Ιστορική ανασκόπηση	61
4.2 Άλμα- Άτα και Αστάνα	61
4.3 Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)	62
4.4 Νομοθετικές ρυθμίσεις.....	63
4.5 Οι υπηρεσίες ΠΦΥ	66
4.6 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα	67
4.7 Ποιότητα και σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος της ομάδας υγείας	69
4.8 Κράτος και περιφερειακή ανάπτυξη	73
4.9 Η διαχείριση των οικονομικών στην ΠΦΥ	75
4.10 Ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας	75
4.11 Οι αδυναμίες του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα	76
4.12 Η σύνδεση ΠΦΥ και τοπικής αυτοδιοίκησης	77
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΟΦΕΛΗ	81
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ- INTERNET	90

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών μου για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Για την εκπόνηση αυτής της εργασίας, θα ήθελα, πρωτίστως και ιδιαιτέρως να εκφράσω τις εγκάρδιες και θερμές ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Γκιόκα Βασιλική, για την υποστήριξή της και την καθοδήγησή της, καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένειά μου, που πάντα με στήριζε και μου παρείχε κάθε δυνατή βοήθεια στην περάτωση των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματεύεται το ευρωπαϊκό μοντέλο πιστοποίησης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και εφαρμογή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Η **Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)**, όπως η ποιοτική αριστεία- EFQM, είναι ένα **σύστημα διαχείρισης με κέντρο τον άνθρωπο**. Σύμφωνα με τη θεωρία του Donabedian, οι **υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης** αποτελούνται από: δομές και πράγματα (ανθρώπινοι πόροι, εξοπλισμός, επίπεδο ικανοποίησης, ποσοστό επιπλοκών κ.λπ.).

Αυτή στοχεύει στη **μεγιστοποίηση της αξίας του προϊόντος ή υπηρεσίας για τον πολίτη ή ασθενή** με τη **διοίκηση μέσω στόχων** και για την ικανοποίηση του πελάτη με την ενεργό συμμετοχή όλων και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος. Η συνολική ποιότητα που εκφράζεται από το ηγετικό μοντέλο του κύκλου του Deming ή αλλιώς κύκλο Shewhart περιλαμβάνει σχέδιο ανά **στόχο, πολιτική και προγραμματισμό μέσω επικοινωνίας- εκπαίδευσης, έλεγχο μελέτης και αναθεώρηση σχεδιασμού**.

Η δυναμική, οι αδυναμίες, οι ευκαιρίες και η απειλή εστίασης από το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον μπορεί να μετρηθούν και περιλαμβάνουν όλες τις πτυχές λειτουργιών των τμημάτων, από το προσωπικό και τη διαχείριση έως την **κλινική πρακτική**.

Λέξεις κλειδιά:

- Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)
- Σύστημα διαχείρισης με κέντρο τον άνθρωπο
- Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Μεγιστοποίηση της αξίας του προϊόντος ή υπηρεσίας για τον πολίτη ή ασθενή
- Διοίκηση μέσω στόχων
- Στόχος, πολιτική και προγραμματισμός
- Επικοινωνία- εκπαίδευσης, έλεγχο μελέτης και αναθεώρηση σχεδιασμού
- Η δυναμική, οι αδυναμίες, οι ευκαιρίες και η απειλή εστίασης
- Κλινική πρακτική

SUMMARY:

This research paper deals with the European model- European Foundation for Quality Management (EFQM) and its application in primary care. **Total Quality Management, TQM**, as like EFQM, is a **human- centered management system**. According to the system theory of Donabedian, **health care services** consists of: Structures and stuff (human resources, equipment, level of patient satisfaction, complication rate, etc).

That aims to **maximize the product or service value for the citizen or patient** with **Management by Objective, MBO** and the satisfaction of the client with active involvement of all and at the lowest possible cost. The total Quality which is being expressed by the leadership model of cycle of Deming or else cycle of Shewhart and includes plan by **goal, policy and planning** of **communication- education, check study and design review**.

The strengths, weaknesses, opportunities and threats focusing external and internal environment can be measured, and it involves all aspects of the functions of departments, from staffing and management to **clinical practice**.

Key words:

- Total Quality Management, TQM
- Human- centered management system
- Health care services
- Maximize the product or service value for the citizen or patient
- Management by Objective, MBO
- Goal, policy and planning
- Communication- education, check study and design review
- The strengths, weaknesses, opportunities and threats focusing
- Clinical practice

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ:

European Foundation for Quality Management (EFQM)

Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.)

Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.)

Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (ΣΒΠ)

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο (European social model- ESM)

Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service- NHS)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS)

Ομάδες Ασφάλειας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Primary Care Trusts- PCTs)

Θεσμική ασφάλιση υγείας (statutory health insurance- ZFW)

Θεσμικό πρόγραμμα ασφάλισης Υγείας (Statutory Health Insurance Programme- GKV)

Κέντρο Ποιότητας της Έρευνας Φροντίδας (Center for Quality of Care Research- WOK)

Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.)

ΤΟ.Μ.Υ. (Τοπικές Μονάδες Υγείας)

Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας)

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)

Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.)

Ε.Ο.Φ. (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων)

Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών)

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων)

Ε.Κ.Α.Β. (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας)

RADAR (Results- Αποτελέσματα, Approach- Προσεγγίση, Deployment- Εφαρμογή,
Assessment & Review)

Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης (ISO- International Organization for Standardization)

Εθνικό Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Ασθενείας (National State Sickness Insurance-
NSSI)

Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)



ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στον τομέα της Υγείας είναι πρώτιστο στοιχείο στον στρατηγικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας ενός κράτους. Είναι αυτή που διασφαλίζει το δημοκρατικό και καθολικό δικαίωμα κάθε πολίτη αλλά και κάθε περιστασιακά ή μόνιμα ευρισκόμενου εντός των συνόρων ενός κράτους.

Η Ελλάδα ως κράτος- μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) σχεδιάζει την στρατηγική της πολιτική στον τομέα της Υγείας, αξιοποιώντας τους κανόνες και τα επιτεύγματα της Ε.Ε., ακολουθώντας κάποια ευρωπαϊκά μοντέλα και φυσικά κάτω από το πρίσμα της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής και ιδεολογίας, αλλά και των πιέσεων (πανδημία) και νέων δεδομένων που προκύπτουν.

Στην εργασία αυτή θα παρουσιάσω την ποιότητα ως διαρκές αίτημα στο χώρο της υγείας και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνησή της, τους ερευνητικούς σκοπούς και στόχους της επιχειρηματικής αριστείας που επιδιώκονται βάσει της Ευρωπαϊκής θεμελίωσης των όρων της στη διοίκηση- διαχείριση στον τομέα της Υγείας και το ρόλο της ηγεσίας στη στόχευση της ποιότητας.

Θα σταθώ στην ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στο μοντέλο που ακολούθησε η Μεγάλη Βρετανία. Παρά την οικονομική έξοδο της Αγγλίας από την Ε.Ε. (Brexit) που έγινε το έτος 2020, η Βρετανία της μεταθαλασσερικής εποχής, μέλος της Ε.Ε., αποτέλεσε το βασικό μοντέλο που ακολούθησε- όχι με μεγάλη επιτυχία- η Ελλάδα.

Αυτός είναι ο λόγος που κάνω ιδιαίτερη αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της Μεγάλης Βρετανίας. Αναφέρομαι, επίσης, και σε άλλες σημαντικές χώρες της Ευρώπης: στη Σουηδία, στη Φινλανδία, στη Δανία, στην Ολλανδία, στη Γερμανία και στην Ισπανία.

Σημαντικό μέρος της εργασίας μου αποτελεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Για το Ελληνικό σύστημα αναφέρονται σοβαρές ελλείψεις και στρεβλώσεις στην απουσία στρατηγικής πολιτικής και προστασίας, όπως και η απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων, εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των αδύναμων, αναχρονιστικές μορφές της ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο υψηλού στιγματισμού. (Αμίτσης Γαβρ., (2014), *Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα)

Τέλος καταλήγω σε κάποια συμπεράσματα, επιχειρώντας μια επικαιροποίηση αυτού του πονήματος, μέσα από τις ανάγκες και τους προβληματισμούς που δημιούργησε η πανδημία του covid- 19 στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στην παγκόσμια διαχείριση του μείζονος για κάθε πολίτη και άνθρωπο θέματος της Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ- ΔΙΑΡΚΕΣ ΑΙΤΗΜΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- EFQM)

1.1 Εισαγωγή στην ποιότητα

Το αίτημα της ποιότητας στον τομέα της υγείας, σε έναν κόσμο με τεράστιες κατακτήσεις, όπως είναι ο σημερινός, αλλά και με τεράστια προβλήματα, ας σκεφτούμε την πανδημία του covid- 19, την ανασφάλεια, τις ανακατατάξεις και τις ανατροπές που προκάλεσε παγκόσμια- είναι ένα αίτημα επιτακτικό που σχετίζεται με την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια. Ποιότητα στην υγεία σημαίνει ότι ικανοποιούνται οι ανάγκες όλων των ασθενών με το βέλτιστο αποτέλεσμα, αλλά και οι ανάγκες όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, προσφέροντας τους την ικανοποίηση της καλύτερης αποτελεσματικότητας του έργου τους.

Η ιατρική είναι μια επιστήμη διαρκώς εξελισσόμενη, καθώς και η ιατρική τεχνολογία. Επίσης, νέες επιστημονικές μέθοδοι στη διοίκηση δίνουν τεράστια εργαλεία για καλή και ποιοτική διαχείριση, ώστε να ωφελούνται όλοι οι άνθρωποι, να προστατεύεται η ζωή και η υγεία, βασικές προϋποθέσεις για την πρόοδο και τον πολιτισμό.

Ο τομέας της υγείας είναι ένας τομέας πολυπαραγοντικός, που απαιτεί σωστό συντονισμό και διαχείριση ώστε να φέρει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Είναι καθαρό ότι, εάν, και κάτω από την πανδημική κρίση, οι πολιτικές δεν ευθυγραμμιστούν σε έναν προσανατολισμό προς τον άνθρωπο και για τον άνθρωπο, αλλά πρυτανεύουν τα μικρά ή μεγάλα συμφέροντα και οι προχειρότητες, οι ανισότητες και οι αποκλεισμοί, οι συνέπειες για το ανθρώπινο είδος θα είναι καθολικές.

Η υγεία, όπως παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε κράτους και κατ' επέκταση και της Ελλάδας, συμπεριλαμβάνει το σύνολο του πληθυσμού και εγγυάται την ισότιμη προσφορά υπηρεσιών υγείας σε όλους. Έχει λοιπόν ιδιαίτερη σημασία η ποιότητα αυτών των υπηρεσιών και ο βαθμός ικανοποίησης όσων προσφεύγουν σε αυτό. Κυρίως ο τομέας της ΠΦΥ είναι αυτός που προλαμβάνει. Η πρόληψη είναι το Α και το Ω στην υγεία, αποτρέπει ασθένειες, αποδίδει πληθυσμό υγιή και ενεργό, άρα το να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ΠΦΥ αξίζει πραγματικά. Το test Παπανικολάου, η γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση, οι

μαστογραφίες, οι εμβολιασμοί, οι οδοντιατρικοί έλεγχοι, η γηριατρική φροντίδα, οι φυσικοθεραπείες και οι πάσης φύσεως προληπτικές εξετάσεις είναι αρμοδιότητες της ΠΦΥ, σώζουν ζωές ή βελτιώνουν το επίπεδο ζωής, άρα προσφέρουν υπερπολύτιμες υπηρεσίες υγείας και αντίστοιχα μειώνουν και ελέγχουν το κόστος υγείας και σε επίπεδο ατομικό και σε επίπεδο δημοσίου.

Ορισμός της ποιότητας

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας γίνεται αντιληπτή από τον βαθμό ικανοποίησης των πελατών (Donabedian, The Definition of Quality and Approaches to it's Assessment, 1980).

Ο Thomson (1980) λέει ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας μετριέται από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή και το βαθμό ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας με στόχο την αποτελεσματικότητα και τον έλεγχο του κόστους.

Ο Nelson (1996) λέει ότι η ποιότητα στην υγεία ορίζεται από το βαθμό που οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας πετυχαίνουν το καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή αλλά και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι αποδεκτές, σύμφωνα με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση.

1.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα

Ο ασθενής είναι το σημαντικότερο πρόσωπο στην παροχή υγείας. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα, λοιπόν, είναι αν ο ασθενής πήρε την κατάλληλη φροντίδα, έγκαιρα, με σεβασμό και ευαισθησία κι αν είχε τη δυνατότητα επιλογής ως ελεύθερο άτομο και, φυσικά, υπό την καθοδήγηση του ειδικού. Η ιατρική φροντίδα πρέπει να δοθεί έτσι ώστε να έχει ένα επιτυχές αποτέλεσμα, με ασφάλεια και με το σωστό συντονισμό όλης της ομάδας υγείας ή των επαγγελματιών υγείας.

Ο χώρος και η υλικοτεχνική υποδομή, επίσης, είναι παράγοντες για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για τον ασθενή αλλά και για τους θεράποντές του. Η χρήση προηγμένου τεχνολογικού εξοπλισμού, τα κατάλληλα υλικά και μέσα, οι θάλαμοι, οι κλίνες, η καθαριότητα, η διατροφή, η ασφάλεια, η αισθητική των χώρων είναι στοιχεία που βοηθούν τον ασθενή και τους εργαζόμενους, που δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης κι αξιοπιστίας, που ελαχιστοποιούν ή και αποτρέπουν κίνδυνο ψυχολογικής επιβάρυνσης, ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και επιπλοκών.

Παράγοντες που δυσκολεύουν την επίτευξη της διασφάλισης της ποιότητας είναι ο βαθμός κοινωνικής ευθύνης όλων των εμπλεκόμενων στην υγεία, η μοναδικότητα του κάθε ασθενούς που απαιτεί εξατομικευμένη επαφή και αντιμετώπιση, η ψυχολογική φόρτιση του ασθενούς που μόνο με την κατανόηση και την ευγένεια μπορεί να αμβλυνθεί και με το χτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης που απαιτεί χρόνο και γνώσεις, ψυχικό απόθεμα και πολιτισμένο επίπεδο εκ μέρους του προσωπικού, απόλυτη γνώση της αποστολής του και των ιδιαιτεροτήτων του έργου του και μία διοίκηση η οποία εφαρμόζει συγκεκριμένο σχέδιο κι έχει καταφέρει να εμπνεύσει στους επαγγελματίες υγείας, της δικαιοδοσίας της, εμπιστοσύνη και κατανόηση κι έχει πετύχει συντονισμό στις δράσεις τους, με στόχο την αποτελεσματικότητα, επωφελή για όλους, ασθενείς, εργαζόμενους και κράτος στο επίπεδο της πολιτικής βούλησης και στρατηγικής, καθώς και της οικονομίας.

Ο έλεγχος, στον τομέα της υγείας, για τη μέτρηση της απόδοσης πρέπει να γίνεται κυκλικά, χωρίς κενά χρόνου, να έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κουλτούρα των εργαζόμενων και της διοίκησης, να γίνεται με απόλυτη εμπιστευτικότητα, να μη φεύγει έξω από τα όρια της ομάδας όσων συμμετέχουν και να μην αισθάνονται οι εργαζόμενοι ότι απειλούνται εργασιακά, πράγμα που πιθανόν θα έχει ως συνέπεια και τη διατάραξη της σχέσης τους με τους ασθενείς.

Όταν λέμε ότι ο έλεγχος πρέπει να γίνεται κυκλικά εννοούμε ότι: 1) ορίζεται το θέμα ,2) υιοθετούνται πρότυπα, 3) εξετάζεται η τρέχουσα πρακτική αν ταιριάζει με τα πρότυπα ,4) εξετάζονται οι ήδη βελτιωμένες πρακτικές, 5) υιοθετούνται νέα πρότυπα και συγκρίνονται με τα ήδη υπάρχοντα, 6) ο κύκλος αυτός επαναλαμβάνεται.

Ο κλινικός έλεγχος είναι ένα καλό και χρήσιμο μέσο, εφόσον έχει γίνει κατανοητός ως αναγκαιότητα- όχι με μέσα διοικητικά, αλλά με μέσα ανθρώπινα- για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος για όλους τους εμπλεκόμενους στο θέμα της υγείας.

Οι μετρήσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να γίνουν σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Avedis Donabedian εξετάζοντας, α) τη δομή, δηλαδή τους ανθρώπινους πόρους, τις εγκαταστάσεις και τις υποδομές, β) τις διαδικασίες, δηλαδή τον τρόπο οργάνωσης, λειτουργίας του κάθε οργανισμού και την παροχή υπηρεσιών και γ) τα αποτελέσματα από όσα γίνονται και τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Μετρήσιμα είναι και η εμπειρία των ιατρών, η καλή κατάσταση και ακρίβεια των μηχανημάτων, η ικανοποίηση των ασθενών, η επιτυχής εφαρμογή των θεραπειών, ο χρόνος αναμονής κ.λπ.

Οι δείκτες δομής που βοηθούν στην αποτίμηση της ποιότητας είναι τα κτήρια, ο εξοπλισμός, τα φάρμακα, τα υλικά και οι χρηματικοί πόροι. Επίσης, οι εργαζόμενοι ως προς τον αριθμό και ανά κατηγορίες, καθώς και η κατάρτισή τους. Ακόμη ο τρόπος διοίκησης, ο καταμερισμός των δράσεων και ο τρόπος επιλογής του προσωπικού.

Οι δείκτες των διαδικασιών μετριοούνται και προσδιορίζονται από όσα πρέπει να κάνει ο ασθενής για να πάρει την περίθαλψη που ζητάει, από τον τρόπο που του παρέχεται αυτή η περίθαλψη, από τις ενέργειες του γιατρού για την διάγνωση, την αγωγή ή τη χειρουργική επέμβαση, την αναμονή των ασθενών ανά τμήμα, τον αριθμό των υποβαλλόμενων σε θεραπεία ανά ώρα, τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τη μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας, τη χρήση αντιβιοτικών υψηλού κόστους, την πληρότητα του ιατρικού φακέλου κάθε ασθενούς και της κάρτας θεραπείας του.

Οι δείκτες αποτελέσματος βασίζονται σε ερωτηματολόγια που αποτυπώνουν το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς, στους πόρους που δαπανήθηκαν, στο ποσοστό επιβίωσης των ασθενών και στην ποιότητα ζωής που διασφαλίζεται για τη συνέχιση ζωής των ασθενών.

Για όλες αυτές τις μετρήσεις, φυσικά, απαιτούνται δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια. Τα κριτήρια πρέπει να έχουν ακρίβεια, αξιοπιστία, πληρότητα, συνέπεια, επικαιρότητα, ομοιογένεια, συγκρισιμότητα και ευαισθησία, δηλαδή οι μεταβολές της κατάστασης που μελετάται να έχουν πλήρη αντίκτυπο στις ταυτόχρονες μεταβολές στους δείκτες.

Στην Ελλάδα όλο το βάρος της συνεχούς παροχής πρωτοβάθμιας- επείγουσας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει περάσει στις νοσοκομειακές- νοσηλευτικές μονάδες. Η αποδοτικότητα και η ποιότητα υπηρεσιών κάνει πιο αποτελεσματική τη διοίκηση στην υγεία με την ενσωμάτωση κριτηρίων και εννοιών της σύγχρονης διοικητικής επιστήμης.

Τα αποτελεσματικά και αποδοτικά τεχνικά εργαλεία που συναποτελούν προτυποποιημένα συστήματα του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) μαζί και η διοίκηση μέσω στόχων και τα προτυποποιημένα συστήματα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO είναι το βασικό είδος

ποιοτικού έλεγχου. Το κόστος που δημιουργείται κατά κανόνα για την μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας του πολίτη ή ασθενή επιφέρει και την ικανοποίηση του αποδέκτη με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

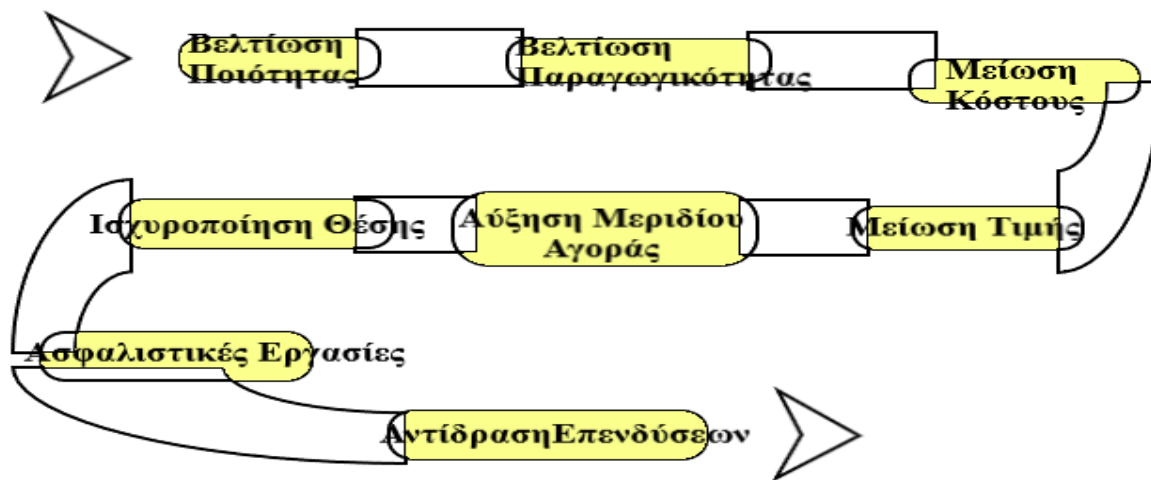
Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας φέρνει μακροχρόνια αποτελέσματα. Για την ποιοτική διοίκηση της ΔΟΠ δεν είναι μόνο υπεύθυνος ο δημόσιος αλλά και ο ιδιωτικός τομέας. Σειρά νομοθετημάτων που ισχύουν και που εφαρμόζονται στην Ελλάδα βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Συνεπώς τα στάδια του κύκλου του Shewhart, έχουν ως εξής:

Δ.Ο.Π. > Διασφάλιση Ποιότητας > Έλεγχος Ποιότητας > Επιθεώρηση.
(www.mednet.gr/archives/pdf)

Αναλυτικά όλα τα στάδια κατά A. Ionica, V. Balcanu, E. Edclhauser, S. Irimie:

Διάγραμμα 1: Τα στάδια του κύκλου του Shewhart



(dione.lib.unipi.gr)

Συνεπώς η υγεία ως φορέας ανάπτυξης της κοινωνίας εξαρτάται από:

- α) Το μέγεθος του Συστήματος Υγείας: στους μεγαλύτερους παραγωγικούς τομείς της οικονομίας.
- β) Τη στενότητα των πόρων: κάμψη του ρυθμού μεγέθυνσης την περίοδο 1974- '85.

γ) Τις ανάγκες υγείας: μεγιστοποίηση σε σημαντικό βαθμό της αύξησης του δείκτη γενικής θνησιμότητας των ανεπτυγμένων χωρών, παρότι το επιδημιολογικό πρότυπο χαρακτηρίζεται πλέον από την κυριαρχία των χρόνιων παθήσεων.

δ) Το επίπεδο πολιτικής παρέμβασης.

ε) Το ποσοστό ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στο διεθνή χώρο και στον ελλαδικό χώρο.

στ) Τις ανισότητες της υγείας μεταξύ ανεπτυγμένων- αναπτυσσόμενων χωρών:

- I. Δαπάνες Υγείας: μεγαλύτερες στις ανεπτυγμένες χώρες.
- II. Ποσοστό Ασφαλιστικής Κάλυψης Πληθυσμού: μεγαλύτερο στις ανεπτυγμένες χώρες.
- III. Επίπεδο του Συστήματος Υγείας: μεγαλύτερο στις ανεπτυγμένες χώρες.
- IV. Προσδόκιμο Επιβίωσης: μεγαλύτερο στις ανεπτυγμένες χώρες.
- V. Βρεφική θνησιμότητα: μεγαλύτερη στις αναπτυσσόμενες χώρες.

ζ) Ανισότητες στις χώρες με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης. Έχουν ως βάση:

- I. Το προσδόκιμο επιβίωσης.
- II. Τη βρεφική θνησιμότητα.
- III. Τις δαπάνες Υγείας.
- IV. Την περιφερειακή Κατανομή Υπηρεσιών Υγείας.

η) Η κατανάλωση υπηρεσιών- αγαθών υγείας υποδηλώνει την απρόκλητη αύξηση των φαρμακευτικών και των διαγνωστικών υπηρεσιών με την ανάλογη πίεση στις κολοσσιαίες πολυεθνικές βιομηχανίες και εταιρείες για την παραγωγή βιο- ιατρικής τεχνολογίας.

θ) Το κόστος της ιατρικής περίθαλψης: η εισαγωγή της βιο- ιατρικής τεχνολογίας και οι εύκολες ιατρικές πράξεις δημιούργησαν ένα κεφαλαιακό και όχι διαγνωστικοκεντρικό- ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας.

ι) Το οικολογικό περιβάλλον με ποσοστό 20% των νόσων σχετίζεται με την ακτινοβολία, τη μόλυνση των αστικών περιοχών, τη χρησιμοποίηση φυτοφαρμάκων, τη διαταραχή της σχέσης ανθρώπου- περιβάλλοντος.

κ) Στο κοινωνικό περιβάλλον την τελευταία 15ετία, με τους γηγενείς πληθυσμούς 2^{ης} και 3^{ης} γενιάς ανατολικών καθεστώτων, παρατηρήθηκε στις βιομηχανικές χώρες μια έξαρση όλων των κοινωνικο- παθολογικών φαινομένων.

λ) Το εκπαιδευτικό σύστημα, με την αγορά εργασίας στον τομέα της υγείας, λόγω έλλειψης προγραμματισμού των ανθρωπίνων πόρων του συστήματος υγείας, αποτελεί κύριο αντικείμενο μελέτης και αποδοχών της οικονομικής της υγείας.

μ) Οι εργαζόμενοι και άλλες πληθυσμιακές ομάδες με τις απαιτήσεις τους, χωρίς να υπάρχει κάθε φορά πρόβλεψη ισορροπίας των παρόχων και των ασφαλιστικών εισφορών του κόστους εργασίας διογκώνουν το σύστημα υγείας.

ν) Η οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση του συστήματος υγείας:

- I. Σε μακρο- επίπεδο, προέκυψαν προβλήματα, οφειλόμενα στην έλλειψη προγραμματισμού και στη μη ύπαρξη κεντρικού ελέγχου.
- II. Σε μικρο- επίπεδο: Επειδή δεν υπήρχαν managers, η οργάνωση και διαχείριση οδηγήθηκαν σε χειρότερη κατάσταση και παρουσίασαν φαινόμενα, όπως λίστες αναμονής κ.ά..

Τα παρακάτω είναι ο αντικειμενικός σκοπός της διασφάλισης ποιότητας:

- α) Η δημόσια ευθύνη
- β) Η βελτίωση της διαχείρισης
- γ) Η διευκόλυνση της υιοθέτησης των νεωτερισμών

Η Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (ΣΒΠ) έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Μακροπρόθεσμα μόνιμα κριτήρια δεν υπάρχουν και για όσα τίθενται από τους καταναλωτές επιχειρείται η αναπροσαρμογή τους.
- Όλοι οι χορηγοί φροντίδας υγείας επιδιώκουν τη βελτίωση της ποιότητας, σύμφωνα με τον όρο ΣΒΠ.
- Επιδιώκεται, με ειδικό σχεδιασμό, η απάλειψη λαθών, αφού ληφθούν τα αναγκαία μέτρα.
- Στη διαδικασία και το αποτέλεσμα επικρατεί ένας προσανατολισμός.
- Παρακολουθούνται οι δείκτες και τα δεδομένα με στόχο την καλύτερη απόδοση.
- Η καλή ποιότητα είναι ευθύνη όλων.
- Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο σημείο έναρξης με σκοπό να μην υπάρχουν ελαττώματα.

Οι χρήστες καθορίζουν τις γενικές απαιτήσεις, σύμφωνα με την οικογένεια πρότυπων υπηρεσιών ISO 9000 (Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης- International Organization for Standardization). Αυτές είναι: ορισμός, σχεδιασμός, έλεγχος και συνεχής βελτίωση των απαιτήσεων και των υπηρεσιών.

Εξ αρχής πρέπει να σχεδιάζονται οι διαδικασίες εξασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών. Η ποιότητα και η διαδικασία αξιολόγησης και αποτίμησης των αποτελεσμάτων εξαρτώνται από τους μηχανισμούς επεξεργασίας των παρατηρήσεων όσων κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η τεχνολογία, οι πόροι και οι καταναλωτικές συνθήκες στοχεύουν στην ικανοποίηση του πληθυσμού που προσφεύγει στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

1.3 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι EFQM

Βασικό εργαλείο στην αναζήτηση και επίτευξη της αριστείας της ποιότητας και ένα από τα σημαντικότερα στον κόσμο, είναι αυτό που εφαρμόζεται στην Ευρώπη, το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (EFQM).

Το EFQM προωθεί μια διαρκή επιχειρηματική αριστεία (slideshare.net), δεδομένου ότι οι σύγχρονες κοινωνίες αναζητούν την υψηλή ποιότητα στην ιατρική φροντίδα και περίθαλψη (Υφαντόπουλος, 2003).

Βασικά αιτήματα είναι ο προσδιορισμός των αναγκών ασθενών- συγγενών, ο σεβασμός στα δικαιώματά τους, η αξιοπρέπεια, η εμπιστευτικότητα, το ενδιαφέρον και η πρόσβαση σε υπηρεσίες του κλάδου Υγείας μέσω της ολοκληρωμένης Νοσοκομειακής περίθαλψης. Υπέρτατη κοινωνική συνεισφορά αποτελούν το όραμα, η έμπνευση και η αμεροληψία στην εφαρμογή της ιατρικής πράξης, όραμα, ηθικές αξίες και προσδιορισμός της αποστολής και των στόχων κάθε ομάδας και κάθε ατόμου χωριστά.

Στον κλάδο υγείας επιδιώκονται στόχοι που επιτυγχάνονται με τη συνεχή μάθηση και αξιοποίηση της εμπειρίας, την ανακάλυψη νέων κλινικών μεθόδων προς όφελος των ασθενών, την καλλιέργεια του κατάλληλου κλίματος συνεργασίας με εμπιστοσύνη, αναγνώριση και σεβασμό των αναγκών του προσωπικού, διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλεια των εργαζομένων στο κλάδο της υγείας (slideplayer.gr). Ο μάνατζερ οφείλει να σχεδιάζει, να διευθύνει και να συντονίζει της δραστηριότητες. Τέλος, οφείλει να συγκρίνει αποτελέσματα και στόχους για να φανεί το μέτρο επιτυχίας ή αποτυχίας. Η αποδοτικότητα του έργου μπορεί να αυξηθεί, εάν χρησιμοποιηθούν αρχικά διάφορες μέθοδοι για να υιοθετηθεί η καλύτερη, αν επιλεγούν οι εργαζόμενοι με τις ταιριαστές ικανότητες σε αυτές τις μεθόδους και αν κατοχυρωθεί επαρκές επίπεδο απόδοσης και ανταμοιβής.

1.4 Πώς βοηθάει το EFQM

Η εφαρμογή του μοντέλου EFQM, βασιζόμενο στην ενεργό συμμετοχή και του ανώτερου και του βασικού προσωπού, χρειάζεται χρόνο και εκπαίδευση, άσκηση και απόκτηση εμπιστοσύνης μεταξύ όλων των μελών, άρα ομαδικότητα και στοχοθεσία αποδεκτή από όλους και αυτό από μόνο του αποτελεί μια πρώτη κατάκτηση.

Όλοι οι μετέχοντες στην εφαρμογή του μοντέλου αντιλαμβάνονται ότι το πρότυπο τελειότητας δεν είναι σπατάλη του προσωπικού τους χρόνου, αντίθετα είναι κέρδος και σε χρόνο και σε αποτελεσματικότητα μέσα από την αυτοαξιολόγηση και τη διαρκή αναθεώρηση εσφαλμένων πρακτικών, ασκεί την αυτοσυνειδησία και ενισχύει τον αλληλοσεβασμό και την αυτοπεποίθηση προωθώντας τη συλλογική εργασία και την ευθύνη των μελών ξεχωριστά και της ομάδας συλλογικά.

Το EFQM δίνει μια κοινή γλώσσα ώστε να ξεκινάει και να κυλάει ομαλά η ενεργοποίηση όλου του συστήματος διαχείρισης. Εστιάζει στους βασικούς τομείς και τους βελτιώνει, αποσαφηνίζει τα προβλήματα και οδηγεί σε λύσεις και καθιστά υπεύθυνο άρα και αξιосέβαστο όλο το προσωπικό στον καθορισμό των προτεραιοτήτων, βάζει τα πράγματα στη θέση τους με τρόπο ποιοτικό, δημοκρατικό και αποτελεσματικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΗΓΕΣΙΑ

2.1 Οι άξονες

Η ηγεσία απαιτεί άτομο ικανό να διευθύνει και να καθοδηγεί επηρεάζοντας θετικά και εξασφαλίζοντας ισορροπίες. Επειδή στον τομέα της κοινωνίας, της οικονομίας, της τεχνολογίας και της νομοθεσίας συχνά προκύπτουν μεταβολές, για αυτό και χρειάζεται αναπροσαρμογή και επαφή με όλους αυτούς τους τομείς από τη μεριά του ηγέτη είτε αυτός είναι πρόεδρος, γενικός διευθυντής, διευθυντής υπηρεσιών, τμηματάρχης κ.ά.. Κάθε ηγέτης οφείλει να επηρεάζει θετικά τους υφισταμένους του και να είναι υπόλογος στον εαυτό του, διότι στόχος του είναι να υπηρετεί τους άλλους και να επιδιώκει το ευρύτερο καλό.

Άξονες της ηγεσίας είναι η δύναμη, η αυθεντία και η επιρροή. Καλό είναι να συνδυάζονται όλες αυτές οι ιδιότητες ώστε να εξασφαλίζονται υψηλότερες επιδόσεις και να επιτυγχάνεται μεγαλύτερη ικανοποίηση. (ebooks.edu.gr, eclass, pspa.uoa.gr, <http://euretirio.com>, www.vima-asklipiou.gr)

Οι αξίες του ηγέτη:

Ένας ηγέτης αποδέχεται τις παρατηρήσεις ή συστάσεις κ.λπ. από τους υφισταμένους του και μάλιστα τις προκαλεί. Ο στόχος του είναι να λειτουργήσει η ομάδα αναπτύσσοντας όλες του τις ικανότητες. (Economistas.gr)

Τα προσόντα του ηγέτη:

Εάν μελετήσουμε τη συμπεριφορά των ατόμων, εάν λάβουμε τη γνώμη των συνεργατών τους, είτε με ψηφοφορία είτε με συγκεκριμένες παρατηρήσεις, τότε μπορούμε να προσδιορίσουμε τα προσόντα του ηγέτη.

Αυτά είναι τα έξι: 1) Η ευφυΐα. 2) Η προσωπικότητα. 3) Τα φυσικά και τα σωματικά χαρακτηριστικά βοηθούν τον ηγέτη. 4) Η ικανότητα για εποπτεία είναι απαραίτητη στον ηγέτη.

Άρα, τα ουσιαστικά και τυπικά προσόντα του ηγέτη είναι να γνωρίζει καλά το χώρο της υγείας, να προσεγγίζει τους συνεργάτες του, έχοντας ο ίδιος αυτογνωσία και πνευματική επάρκεια ώστε να εξομαλύνει τις ανταγωνιστικές συμπεριφορές (Γούλα Ασπ., 2014:325). Η ηγεσία επηρεάζει τα άτομα και τη βούλησή τους, με στόχο πάντα το καλύτερο αποτέλεσμα για τον κοινό σκοπό. (pergamos.lib.uoa.gr)

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του μάνατζμεντ και του ηγέτη:

Ο ηγέτης πρέπει να έχει το θάρρος- courage να αναδεικνύει την τρωτότητά του. Παρότι οι έννοιες φαίνονται αντίθετες, κανείς δεν μπορεί να εμπιστευτεί έναν ηγέτη άκαμπτο ώστε να υλοποιήσει το όραμά του.

Τα χαρακτηριστικά του ηγέτη:

Ο ηγέτης είναι οραματιστής. Ο ηγέτης έχει ανάγκη να αναγνωρίζεται, γιατί έτσι εντείνει τις αντοχές του και εξασφαλίζει τον ενθουσιασμό της ομάδας για τον κοινό σκοπό. Το ηθικό και ιδεολογικό υπόβαθρο του ηγέτη διασφαλίζει την γνησιότητα της συμπεριφοράς του και τον καθιστά αξιόπιστο, ώστε οι υφιστάμενοί του να τον ακολουθούν στην επίτευξη των οραμάτων και των υψηλών του στόχων. Ειλικρίνεια, σεβασμός, ακεραιότητα, δικαιοσύνη, εντιμότητα, ισότητα, διαφάνεια, αξιοπρέπεια είναι οι θεμελιώδεις αξίες ενός ηγέτη (dspace.lib.uom.gr).

Ο Μπουραντάς (2005) αναφέρει επιπλέον ως χαρακτηριστικά της ηγετικής συμπεριφοράς: αυτοπεποίθηση, θάρρος, κουράγιο. Το έργο του είναι σκληρό, γι' αυτό χρειάζεται ψυχική δύναμη, αντοχή, ψυχραιμία, αποφασιστικότητα, αυτοπεποίθηση και αυτογνωσία, καθώς και ισχυρή θέληση. (Hellenic Open University)

Η εικόνα που έχουν οι ηγέτες για τον εαυτό τους και για τους άλλους:

Προβάλλουν τις ιδέες τους σε εικόνες που διεγείρουν τους ανθρώπους, προσπαθώντας να παρακινήσουν και να επηρεάσουν τους υφισταμένους, αναλαμβάνοντας το ρίσκο.

Οι μάνατζερ προτιμούν τη συνεργασία με τους ανθρώπους αποφεύγοντας τη μοναχική δραστηριότητα, διατηρώντας όμως χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής δέσμευσης. Οι ηγέτες

δίνουν έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις, επικοινωνούν με τους υφισταμένους στέλνοντας σαφή μηνύματα και όχι σήματα. Οι ηγέτες ως ανεξάρτητοι και αυτόνομοι δεν ανήκουν ποτέ στους οργανισμούς που εργάζονται. Δεν συμβιβάζονται με το κατεστημένο αλλά είναι πάντα έτοιμοι για αλλαγές (Zaleznik, 1977), είτε ως επίσημη είτε ως ανεπίσημη ηγεσία.

Σύμφωνα με τον Χυτήρη Λ., (1986:365-381), ο ηγέτης εκλέγεται από τα μέλη της ομάδας μέσω του συντονιστή- διευκολυντή που επιλύει τις ανθρώπινες διαφορές και διαφωνίες. Υπάρχουν δύο ομάδες η αυτοδιαχειριζόμενη και η διατμηματική. Ο Batt R. (2002:587-597) δίνει ιδιαίτερη σημασία στο εργασιακό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται οι δεξιότητες των εργαζομένων. Ο Guest E. (1994:251-270) θεωρεί ότι η αποδοτικότητα των εργαζομένων εξαρτάται από τη θέληση τους και όχι τόσο από οικονομικά κίνητρα ή γραφειοκρατικές διαδικασίες. Οι γνώσεις του κάθε μέλους της ομάδας, οι πρακτικές και οι δεξιότητες τους διαμορφώνουν τη στρατηγική ικανότητα όλης της ομάδας (Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίσης Γ., 2005:24).

Οι πλέον έμπειροι μεταφέρουν την γνώση τους στους λιγότερο έμπειρους και έτσι αυξάνεται η παραγωγικότητα. Ο Ζαβλανός Μ. (2002:230) θεωρεί ότι οι ομάδες αυξάνουν την παραγωγικότητα τουλάχιστον κατά 30% ή και περισσότερο, ενώ ελαττώνουν το λειτουργικό κόστος με αποτέλεσμα ο οργανισμός να παραμείνει ανταγωνιστικός.

Οι Platonova E., et al. (2006:200-209) θεωρούν ότι οι συμμετοχή όλων στη λήψη αποφάσεων τους καθιστά υπεύθυνους και τους δεσμεύει απέναντι στις αποφάσεις τους. Ο ηγέτης βρίσκεται στην πρώτη γραμμή χωρίς όμως να θεωρείται ότι διαθέτει το αλάθητο, ενώ ο μάνατζερ σταθερά προσανατολίζεται στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού (Sullivan, 2013). Η προσπάθεια να συνδυαστούν οι ρόλοι της ηγεσίας και του μάνατζμεντ αποτελεί πρόκληση αλλά και εχέγγυο για την εξασφάλιση των υψηλότερων επιδόσεων και ταυτόχρονα της μεγαλύτερης ικανοποίησης των υφισταμένων (Kotter, 2011).

Σύμφωνα με τον Zaleznik (1977) οι μάνατζερ και οι ηγέτες είναι δύο πολύ διαφορετικές έννοιες. Ωστόσο, ο μάνατζερ και ο ηγέτης χρειάζονται από κοινού για να είναι βιώσιμος ο οργανισμός.

Οι μάνατζερ υπηρετούν τις ανάγκες του οργανισμού. Οι ηγέτες προβάλλουν τις προσωπικές ενεργητικές αντιλήψεις για την επίτευξη των στόχων τους, ψάχνουν ευκαιρίες και υιοθετούν ανταμοιβές που θα ικανοποιήσουν τους υφισταμένους τους ώστε να παρακινήσουν τη δημιουργική τους ικανότητα.

2.2 Ο ρόλος

Η ικανότητα της ηγεσίας διακρίνεται σύμφωνα με τον Μπουραντά (2005) σε:

- Ικανότητες ρόλων. Αυτοί απαρτίζουν την ηγετική συμπεριφορά όπως παρακίνηση, ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού κ.ά.
- Μετά- ικανότητες. Μια ικανότητα γίνεται προϋπόθεση για την ανάπτυξη άλλων ή αποτελεί κύριο στοιχείο των περισσοτέρων, όπως:

1) Η δημιουργική λήψη αποφάσεων και η επίλυση προβλημάτων. Η ανάπτυξη καινοτόμων ιδεών και η εφαρμογή της καλύτερης λύσης στο σωστό χρόνο γίνεται, αφού εντοπιστούν έγκαιρα τα προβλήματα και αξιοποιηθούν οι ευκαιρίες.

2) Συστημική σκέψη. Η αναλυτική και συνθετική σκέψη εξασφαλίζουν την επίλυση προβλημάτων, την λήψη αποφάσεων και τη διαμόρφωση στρατηγικής.

3) Ικανότητα επικοινωνίας.

4) Αυτεπίγνωση, αυτορρύθμιση και ενσυναίσθηση. (Hellenic Open University)

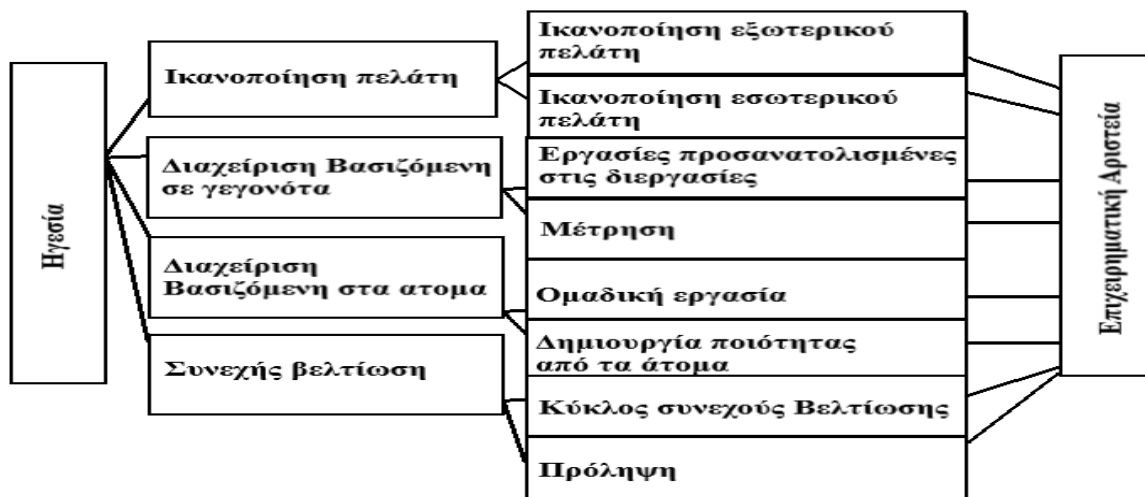
2.3 Η Επιχείρηση Αριστείας

Ο Bennis (2009) θεωρεί απαραίτητη την ηγεσία για τους εξής λόγους:

- Η ποιότητα των αποφάσεων των ηγετών οδηγεί στην επιτυχία ή την αποτυχία ενός οργανισμού.
- Οι καλοί ηγέτες στηρίζουν, οδηγούν και εμπνέουν τους οπαδούς.
- Οι ηγέτες οφείλουν να διοικούν με διαφάνεια, με υπευθυνότητα και δίκαια, αποφεύγοντας τη διαφθορά και τα σκάνδαλα (Bennis, 2009).

Διάγραμμα 2: Το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας

Προετοιμασία > Αρχές > Κύριες Έννοιες > Επιχειρηματική Αριστεία



(diomel.lib.unipi.gr)

Για να βελτιωθεί η απόδοση του προσωπικού απαιτούνται κάποιες προϋποθέσεις, όπως φαίνεται από το διάγραμμα επιχειρηματικής αριστείας.

Η ηγεσία πρέπει να στοχεύει στην ικανοποίηση του ασθενούς, μέσω της σωστής διαχείρισης των προβλημάτων που φτάνουν μέχρι αυτή, παίρνοντας υπόψη τη γνώμη των εργαζομένων, την πραγματική κατάσταση και στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή λύση του προκύπτοντας προβλήματος.

Έτσι επιτυγχάνεται η ικανοποίηση του εργαζομένου και του ασθενούς με το σωστό συντονισμό της ομάδας, τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας, με στόχο τη συνεχή βελτίωση του έργου της ΠΦΥ.

2.4 Υπεύθυνοι παράγοντες διοίκησης

Οι υπεύθυνοι παράγοντες των προβλημάτων στους οργανισμούς υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι οι εξής:

- (1) Διάσταση μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν αυτές τις αποφάσεις και που τις εκτελούν,
- (2) Αλλαγή των πολιτικών προσώπων για τη συνέχεια και συνέπεια των αποφάσεων που λαμβάνονται,
- (3) Η ιεραρχική γραφειοκρατία ως οργανωτική αρχή δεν δίνει το δικαίωμα συμμετοχής, κριτικής και αμφισβήτησης αυτής,
- (4) Κατακερματισμός των αρμοδιοτήτων και ευθυνών,
- (5) Προσκόλληση στην τυπολατρία εκτέλεσης των διαδικασιών στο δημόσιο τομέα με δαιδαλώδεις, χρονοβόρες και άκαμπτες διαδικασίες που οδηγεί σε επουσιώδεις ενέργειες, αφού δεν παρέχει αυτονομία και κλίμα υπευθυνότητας στα μέλη της για την εκπλήρωση των στόχων και σκοπών αυτής,
- (6) Νομοθεσία και κανονισμοί γεννούν φαινόμενα τυπολατρίας (Μαλισσός Κ., 1984:26-27),
- (7) Εάν δεν υπάρχουν ικανοί ηγέτες δεν αναπτύσσεται ένας οργανισμός. Οι ηγέτες εξαρτώνται από την εκάστοτε πολιτική με αποτέλεσμα να μην μπορούν να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις (Κέφης Β., 1998:150),
- (8) Το σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης χαρακτηρίζεται ως αναξιόπιστο με υποκίνηση τα οικονομικά ή ηθικά κίνητρα,
- (9) Η ιεραρχική εξέλιξη σύμφωνα με τον εισαγωγικό βαθμό, την προϋπηρεσία (Γούλα Ασπ., 2007:63) και το βαθμό αρχαιότητας,
- (10) Η μορφή επικοινωνίας,
- (11) Η ύπαρξη υπο-κουλτούρων,
- (12) Η μη επιλογή συνεργατών,
- (13) Το κλίμα ασφάλειας έναντι του κινδύνου απόλυσης (Γούλα Ασπ., 2014:130-136).

Τα νοσοκομεία έχουν μετατραπεί σε εξαιρετικά πολύπλοκους οργανισμούς, λόγω της αλματώδους ανάπτυξης της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής και της συνεχούς εξέλιξης των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας. Τα σύγχρονα μοντέλα διοίκησης (management) με σωστό προγραμματισμό στην οργάνωση και την διαχείριση στοχεύουν στην καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς και στη μέγιστη αποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων.

Ο πίνακας, που παρατίθεται, δείχνει τις διαφορές μεταξύ Κλασικού Μάνατζερ και Συστημικού Ηγέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Διαφορές μεταξύ Κλασικού Μάνατζερ και Συστημικού Ηγέτη

Χαρακτηριστικά	
Κλασική Προσέγγιση	Συστημική Προσέγγιση
1. Αποτίμηση αξίας	Δημιουργία αξίας
2. Στατική ηγεσία	Δυναμική ηγεσία
3. Σκληρή ηγεσία	Ηγέτης αρχιτέκτονας
4. Ανθρώπινη υπακοή	Ανθρώπινη πρωτοβουλία
5. Λιτές δομές	Ευνοϊκό περιβάλλον
6. Εκμετάλλευση του στατικού περιβάλλοντος	Διαχείριση της καινοτομίας
7. Βελτίωση	Καινοτομία
8. Ατομικισμός	Συλλογικότητα
9. Διατήρηση του status quo	Δεκτικότητα στην καινοτομία
10. Διαχείριση συστημάτων και διαδικασιών	Διαχείριση και ανέλιξη προσώπων
11. Εργαζόμενος- τμήμα του μηχανισμού	Εργαζόμενος- κεφάλαιο της επιχείρησης
12. Δομές	Δομές και Σχέσεις
13. Στρατηγική του κόστους	Στρατηγική της αξίας
14. Λύσεις διαφυγής	Συστημικές λύσεις
15. Ανάλυση των προβλημάτων και κατανόηση των μερών	Δόμηση των προβλημάτων και αναζήτηση ολιστικών λύσεων
16. Εστίαση σε ό,τι μας χωρίζει και μας διαφοροποιεί	Εστίαση σε ό,τι μας ενώνει
17. Ατομικό συμφέρον	Συστημική Ηθική
18. Διαχείριση δομών και συστημάτων	Συστημική Ηγεσία
19. Αδυναμία διορατικότητας	Μακροπρόθεσμη
20. Απομονωμένα προβλήματα	Συστημικές συνιστώσες

21. Οργανισμός ως άθροισμα ανθρώπων	Οργανισμός ως σχέσεις ανθρώπων
--	--------------------------------

(Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>, Δια ζώσης με κυρία Γούλα στις 12/5/2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε. (Αγγλία, Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, Ολλανδία, Γερμανία, Ισπανία)

Στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Περιβάλλον υπάρχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης.
- Αύξηση αριθμού ατόμων που ζουν πάνω από τα 65.
- Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται απότομα μετά την ηλικία των 65.
- Μακροχρόνιες ασθένειες.
- Ωστόσο είναι δύσκολο να προβλεφθεί κατά πόσο θα ισχύει αυτό για τις ηλικίες των 60 το 2030, λόγω των προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας.
- Από την άλλη μεριά οι άνθρωποι που θα είναι στην ηλικία των 60 το 2030 θα έχουν την απαίτηση για υψηλότερου επιπέδου φροντίδα, ειδικά για μακροχρόνια φροντίδα.
- Συνεπώς τα Κοινωνικά Συστήματα θα πρέπει να προσαρμόσουν τον «παραδοσιακό» τρόπο παροχής- Νοσοκομειοκεντρικό- υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής φροντίδας.

Στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο οι στόχοι είναι: α) η εναρμόνιση των νομοθεσιών στον κοινωνικό τομέα, β) κοινός πυρήνας παροχής υπηρεσιών πρόνοιας. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο έχει χαρακτηριστικά την προστασία της εργασίας, το επαρκώς καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό και την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων, εντούτοις η πρόληψη εφαρμόζεται διαφορετικά από χώρα σε χώρα.

Αρχές του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου- ΕΚΜ (European social model- ESM): α) Σε μια δεδομένη στιγμή εφαρμόζεται ένα σύστημα σε κάθε εργαζόμενο, β) Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης μπορούν να εφαρμοστούν- με συγκεκριμένες εξαιρέσεις- σε διαφορετικές χώρες εντός της Ε.Ε., γ) Το κόστος μοιράζεται αναλογικά σε όλα τα κράτη.

Η εναρμόνιση της νομοθεσίας έχει τέσσερις βασικούς σκοπούς: (1) Την πρόληψη της αντίθεσης των νόμων μεταξύ των κρατών μελών, (2) Την ίση μεταχείριση των εργαζομένων από διαφορετικά κράτη μέλη, (3) Την κάλυψη κενών του φορέα αποσχόλησης που

προκύπτουν από τη μετακίνηση των εργαζομένων από το ένα κράτος μέλος στο άλλο, (4) Την πληρωμή των επιδομάτων, ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία βρίσκεται ο εργαζόμενος. (www.siswo.uva.nl)

Η παγκόσμια οικονομία και η θέση της Ε.Ε..

- 1) Συχνά αλλάζει το οικονομικό και πολιτικό τοπίο με την είσοδο νέων μελών στην Ε.Ε.
- 2) Εξελίσσεται η τεχνολογία
- 3) Γίνονται δημογραφικές μεταβολές
- 4) Προκύπτει η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση. (Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>- δια ζώσης με κυρίο Πιερράκο)

Για την Ελλάδα, το θεωρητικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσομοιάζει με το αγγλικό μοντέλο της μετά Θάτσερ εποχής. Εν αντιθέσει, στην Ισπανία έχουμε Regional-Περιφερειακό Εθνικό. (Προσωπική επικοινωνία με κυρία Β. Γκιόκα στις 10/8/2020)

3.1 Γενικά χαρακτηριστικά NHS στη Μ. Βρετανία

Στη Μ. Βρετανία, από το 1948, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service- NHS) έχει αναλάβει την ευθύνη για τη δημόσια υγεία. Καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας σε ζητήματα υγείας, πέρα από εισόδημα ή εθνικότητα. Η εθνική υπηρεσία υγείας χρηματοδοτείται από τους φόρους και διοικείται από το κράτος. Η συμμετοχή στην εθνική υπηρεσία υγείας είναι υποχρεωτική, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση συμπληρώνει το σύστημα υγείας.

Η ΠΦΥ στη Βρετανία στηρίζεται στο θεσμό των γενικών ιατρών, αυτοί καθοδηγούν τον ασθενή στα διάφορα στάδια της περίθαλψής του. Οι γενικοί γιατροί συνήθως εργάζονται στα ιδιωτικά ιατρεία ή εργάζονται κατά ομάδες. Έτσι παρέχουν ΠΦΥ στους πολίτες και αντίστοιχα κάνουν συμβόλαια αποζημίωσης από τα νοσοκομεία, αγοράζοντας τις υπηρεσίες υγείας. Το 99% του πληθυσμού έχει στη διάθεσή του όποιο γενικό ιατρό θέλει για 24 ώρες.

Η επιλογή του γιατρού, συνήθως, γίνεται σύμφωνα με την περιοχή που μένει ο κάθε πολίτης και για αυτό αναπτύσσει και μια ιδιαίτερη και μακροχρόνια σχέση με τον γιατρό του.

Η αμοιβή των γενικών ιατρών γίνεται κατά κεφαλή και ανάλογα με το συμβόλαιο που έχουν κάνει με τα νοσοκομεία. Επίσης πληρώνονται για τους εμβολιασμούς, για μικρές επεμβάσεις, για υπηρεσίες σε υποβαθμισμένες περιοχές, για επισκέψεις σε σπίτια τις νυχτερινές ώρες. Όταν έγινε η μεταρρύθμιση του 1991, δημιουργήθηκαν οι ομάδες οικογενειακών ιατρών, που αγόραζαν από τα νοσοκομεία τις υπηρεσίες που τους ζητούσαν οι ασθενείς τους. Η κάθε ομάδα πλήρωνε στη συνέχεια το νοσοκομείο από τον ετήσιο προϋπολογισμό που έπαιρνε.

Το 1999 καταργήθηκαν οι ομάδες οικογενειακών ιατρών και έγιναν οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές οι ομάδες συνεργάζονταν με τις τοπικές και υγειονομικές αρχές για να εφαρμόσουν προγράμματα βελτίωσης της υγείας, αλλά και για να συμβουλευθούν ώστε να παρέχονται ισότιμα στο πληθυσμό υπηρεσίες υγείας.

Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCGs), το 2002 έγιναν Ομάδες Ασφάλειας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Primary Care Trusts- PCTs). Το κάθε PCTs έχει στη δικαιοδοσία του όλα τα ιατρεία της περιοχής του, σε πληθυσμό 170.000 κατοίκων. (www.mednet.gr/archives)

Το 2013 το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας όρισε ως προτεραιότητες τις εξής:

1. Την περίθαλψη των ηλικιωμένων.
2. Την αντιμετώπιση της άνοιας.
3. Τη φροντίδα για τις μακροχρόνιες αρρώστιες.
4. Την πρόληψη.
5. Τον προσδιορισμό και την καταπολέμηση των κύριων αιτίων θανάτου.

Τα PCTs, στη συνέχεια, θα αντικατασταθούν από τις κλινικές ομάδες ανάθεσης που στελεχώνονται από κλινικούς γιατρούς και αναλαμβάνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το έργο τους αξιολογείται κατά πόσο εφαρμόζει την πολιτική υγείας που εισηγείται ο γραμματέας του κράτους (Secretary of State).

Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας έχει την ευθύνη για τα απαιτούμενα κριτήρια ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το Monitor έχει την ευθύνη για τη χρηματοδότηση και τον ανταγωνισμό πάντα προς το συμφέρον των ασθενών και καθορίζει τις τιμές των υπηρεσιών υγείας του εθνικού συστήματος. Βασικός στόχος είναι η βελτίωση της δημόσιας υγείας και ο περιορισμός των ανισοτήτων.

Στη συνέχεια, ιδρύθηκε η Health Watch, η οποία παρακολουθεί την κοινωνική φροντίδα των ενηλίκων, συνδέει άτομα, κοινότητες και εθελοντικές οργανώσεις και λειτουργεί κατά τόπους αλλά και για το σύνολο της Αγγλίας (Health Watch και Health Watch England), σύμφωνα με όσα αναφέρει το BBC News (2013). Η Health Watch συμβουλεύει το NHS Commissioning Board, το monitor, τον Γραμματέα του κράτους και παρέχει πληροφορίες στους πολίτες για τη φροντίδα υγείας.

Τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και ευημερίας (Health and Well being Boards) επιβλέπουν την ποιότητα των τοπικών υπηρεσιών, σχεδιάζουν προγράμματα αξιολόγησης των αναγκών και επιτρέποντας στα Health Watch να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, δέχονται τις απόψεις των ίδιων των ασθενών στο εθνικό σύστημα υγείας. Δημιουργείται μια αλυσίδα ανταλλαγής απόψεων, ιδεών και συμπερασμάτων μεταξύ τοπικών συμβουλίων, Διοικητικών Συμβουλίων Υγείας και Ευημερίας και Κλινικών ομάδων Ανάθεσης.

Τα National Health Service Trusts παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένη περιοχή, ενώ το Foundation Trusts έχουν μεγαλύτερη αυτονομία από αυτά. Η οικονομική κρίση υπονόμωσε την αυτονομία των Foundation Trusts, γιατί όλοι οι οργανισμοί έπρεπε να παίρνουν χρήματα από το Υπουργείο Υγείας με όρους και προϋποθέσεις. Έτσι ιδρύθηκε το 2016 το National Health Service Improvement για να υποστηρίξει τα Foundation Trusts, τα National Health Service Trusts και τους ανεξάρτητους παρόχους υγείας που χρηματοδοτούνται από το εθνικό σύστημα υγείας.

Το εγχείρημα της αποκέντρωσης του συστήματος υγείας στην Αγγλία έγινε:

α) για λόγους πολιτικούς, ώστε να επωφελούνται περισσότεροι πολίτες απ' τις παροχές υγείας, να έχει το σύστημα μεγαλύτερη αυτονομία κατά τόπους και να ανακατανέμεται η εξουσία.

β) για λόγους χρηματοδοτικούς. Οι τοπικές μονάδες μπορούν να ελέγχουν καλύτερα τους πόρους και τα έσοδα.

Με την αποκέντρωση ελέγχουν καλύτερα τις τοπικές υγειονομικές ανάγκες, οι πολίτες συμμετέχουν κι η τοπική χρηματοδότηση και ο έλεγχος των δαπανών γίνεται πιο γρήγορα, οι αποφάσεις παίρνονται πιο άμεσα, οι οικονομικά αδύναμοι πολίτες προσεγγίζονται πιο αποτελεσματικά και υπάρχει αποσυμφόρηση κεντρικά ώστε να μπορεί να διαμορφώνεται πολιτική και να καθοδηγούνται οι εθνικές δραστηριότητες.

Μπορεί, εντούτοις, με την αποκέντρωση να προκύψουν και προβλήματα από τοπικούς πολιτικούς παράγοντες και ομάδες συμφερόντων και από προσωπικό μη εξειδικευμένο και μη κατάλληλα εκπαιδευμένο. Άρα προϋπόθεση είναι ο κατάλληλος σχεδιασμός και έλεγχος των εθνικών πολιτικών υγείας. Για λόγους ασφαλείας λοιπόν, υπάρχει ευελιξία στους τύπους αποκέντρωσης ώστε η τελική ευθύνη και εξουσία για την εθνική δημόσια υγεία να παραμένει στα εκάστοτε υπουργεία υγείας.

Τελικά η αυτονομία στις δομές υγείας είναι μάλλον περιορισμένη, αφού όλες οι δομές οφείλουν να λογοδοτούν στο Γραμματέα του κράτους, στο National Health Service Commissioning Board και στον νεοϊδρυθέντα οργανισμό National Health Service Improvement.

Δομές αποκέντρωσης είναι οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης, τα περιφερειακά και τοπικά γραφεία, τα Διοικητικά Συμβούλια Υγείας και Ευημερίας και οι τοπικές αρχές. Ο ρόλος τους είναι σημαντικός, πάντα όμως με τον έλεγχο και την έγκριση της Εθνικής Πολιτικής Υγείας. Το μοντέλο EFQM ταιριάζει στη στήριξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Η Βρετανική Κλινική Διακυβέρνηση, προκειμένου να πετύχει μια αποτελεσματική εφαρμογή του προτύπου τελειότητας EFQM, υιοθέτησε ένα δεκαετές πρόγραμμα. Έδωσε

χρόνο πέντε ετών στις οργανώσεις για να διαπιστώσουν τις βιώσιμες θετικές τάσεις στα αποτελέσματά τους και να φανεί πόσο κοντά ή μακριά βρίσκονται από την κατάκτηση της αριστείας.

Η κυβέρνηση το 1993 διάλεξε τα νοσοκομεία της περιφέρειας του Wakefield και του Pontefract κι εκεί εφάρμοσε το EFQM.

Στα νοσοκομεία της συγκεκριμένης περιφέρειας σε περισσότερες από 50 περιοχές, μαζί με τα νοσοκομεία τους, τις κλινικές και τα κέντρα υγείας παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας για όλες τις ηλικίες, δυσλεξίας στα σχολεία, έχουν καταρτιστεί προγράμματα φροντίδας στο σπίτι και γενικότερα παρέχεται πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Περιφέρεια απασχολεί προσωπικό 2.000 ατόμων, που είναι γιατροί, νοσηλευτές, θεράποντες, διοικητικό προσωπικό και προσωπικό υποστήριξης. Ο Γραμματέας του κράτους διορίζει μια επιτροπή εμπιστοσύνης από έναν πίνακα εμπιστοσύνης που ο ρόλος της είναι ότι οι πόροι εμπιστοσύνης ρυθμίζονται κατάλληλα και η οποία λογοδοτεί στο Γραμματέα του κράτους.

Το 1995, όταν επίσημα πια η Συγκεντρωτική δομή εποπτείας των νοσοκομείων του Wakefield και του Pontefract υιοθέτησε το πρότυπο τελειότητας του EFQM, ξεκαθαρίστηκε ότι θα εφαρμοζόταν η αυτοαξιολόγηση σε όλους τους φορείς. Έτσι εκπαιδεύτηκαν, ως εσωτερικοί αξιολογητές, επτά ανώτερα στελέχη και προέβησαν σε ετήσιες αξιολογήσεις των δεδομένων που είχαν οι οργανισμοί σε όλες τις ομάδες του προσωπικού. Σταδιακά το πρότυπο καθόρισε την κουλτούρα όλων των οργανισμών.

Από το 1995 μέχρι και το 2000 συγκρότησαν Συμβούλιο Ποιότητας, έφτιαξαν εγχειρίδιο με οδηγίες και ειδικά διαμορφωμένα τμήματα ποιότητας, αξιολόγησης και ανάπτυξης. Οργάνωσαν διασκέψεις, έκαναν εξωτερικές επισκέψεις και εφάρμοσαν εκπαιδευτικά προγράμματα.

Τι πέτυχαν με την εφαρμογή του EFQM

Με την εφαρμογή του EFQM στις περιφέρειες του Wakefield και Pontefract βρήκαν τον τρόπο να μετρούν την πρόοδο στη διάρκεια του χρόνου και να αξιολογούν. Μειώθηκε ο χρόνος παραμονής των ασθενών από 24% (1994-95) στο 4% (1999-2000) καθώς και η επανεισαγωγή των ασθενών κατά μέσο όρο λιγότερο από το 10%, ποσοστό χαμηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο. Ακόμη μειώθηκαν τα κατελιημμένα κρεβάτια από ασθενείς που είχαν δεχτεί την απαραίτητη φροντίδα αλλά έπρεπε ακόμα να έχουν κάποια υποστήριξη.

3.2 Σουηδία

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Σουηδία

Ένα άλλο Εθνικό Σύστημα Υγείας που βασίζεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα είναι εκείνο της Σουηδίας. Ενδεικτικά, θεωρώ σκόπιμο να αναφερθώ και σε αυτό το σύστημα της παραπάνω Ευρωπαϊκής χώρας, γιατί θεωρείται επιτυχημένο ως προς την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το σουηδικό μοντέλο της ΠΦΥ καθιστά προσβάσιμη, ποιοτική, με συνοχή και ασφάλεια την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Έχει 21 νομαρχιακά συμβούλια και 290 δήμους που με το νόμο Health and Medical Services Act του 1982 και με τη μεταρρύθμιση του Dagmar του 1985 καθορίζουν τις υπηρεσίες υγείας στην ΠΦΥ.

Η ΠΦΥ διαθέτει 1.200 κέντρα υγείας από τα οποία τα 300 είναι ιδιωτικά και στελεχώνονται με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Κάποια από αυτά έχουν και γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπεδικό και ψυχίατρο. Σε ειδικά κέντρα γίνονται εμβολιασμοί και ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι.

Οι γενικοί γιατροί, που μπορεί να είναι είτε του δημοσίου είτε ιδιώτες, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα νομαρχιακά συμβούλια παραπέμπουν τους ασθενείς σε διαγνωστικά κέντρα ή νοσοκομεία με ραντεβού και ανάλογο παραπεμπτικό. Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων η χρέωση είναι υψηλότερη από αυτή στα κέντρα υγείας και δωρεάν για τους κάτω των 20 ετών.

Από την 1^η Νοεμβρίου του 2005 με τον κανόνα του «0-7-90-90» επιβάλλεται στο σύστημα φροντίδας Υγείας- μηδενική καθυστέρηση, επίσκεψη στο γενικό γιατρό μέσα σε 7 μέρες, σε ειδικό μέσα σε 90 μέρες και αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας μέσα σε 90 μέρες.

3.3 Φινλανδία

Η ΠΦΥ στη Φινλανδία

Το 1972, στη Φινλανδία με το νόμο για την ΠΦΥ (Primary Health Care Act) άνοιξε μια μεγαλύτερη προοπτική πρωτοβάθμιας φροντίδας, στον τομέα της πρόληψης και της περίθαλψης που υποχρέωνε τους Δήμους να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες με ένα νέο οργανισμό, το κέντρο υγείας.

Όλοι οι πολίτες μπορούν να εξυπηρετούνται από το φινλανδικό σύστημα υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από τις φορολογικές εισφορές εργαζομένων, συνταξιούχων και εργοδοτών. Το Εθνικό Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Ασθενείας (National State Sickness Insurance- NSSI) πληρώνει για την απώλεια εισοδήματος των εργαζομένων, εξαιτίας ασθένειας και για την πρόληψη κινδύνων που μπορεί να προκύπτουν από τις συνθήκες εργασίας. Το NSSI επίσης καλύπτει τις συνταγές φαρμάκων, τα έξοδα μεταφοράς, την εγκυμοσύνη κι ένα τμήμα από τις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών.

Τα οπτικά τεστ, τα γιαλιά, η εναλλακτική ιατρική και η οδοντιατρική φροντίδα πληρώνονται από τους ασφαλισμένους.

Οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και χρηματοδοτούνται από το κράτος ανάλογα με τον πληθυσμό τους και την πυκνότητα του πληθυσμού, τη νοσηρότητα, τις ηλικίες και την οικονομική κατάσταση του Δήμου. Εθνικά για τις δαπάνες υγείας γίνεται ένας προϋπολογισμός πενταετίας, οι δήμοι προσθέτουν το δικό τους κεφάλαιο στην κρατική συνεισφορά και κατά περιόδους γίνεται έλεγχος για να διαπιστωθεί αν οι δήμοι θέλουν μεγαλύτερη χρηματοδότηση.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιορίζεται μόνο στις μεγάλες πόλεις, όπου υπάρχει παροχή υγείας από ιδιώτες. Σχεδόν δεν χρειάζεται στη Φινλανδία. Υπάρχει εμπιστοσύνη στα

δημοτικά κέντρα υγείας και λόγω της αποκέντρωσης, που εφαρμόζεται επιτυχέστερα από αυτή της Μ. Βρετανίας, οι πολίτες έχουν οι ίδιοι πολιτικό έλεγχο κι επιρροή στα ζητήματα υγείας.

Κάθε κέντρο υγείας διευθύνεται από μια δημοκρατικά εκλεγμένη Επιτροπή Υγείας που αυτή διευθετεί τη χρηματοδότηση και τη στελέχωση του Κέντρου. Στα Κέντρα Υγείας εργάζονται γενικοί γιατροί, ειδικευμένοι, οι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, οδοντίατροι, φυσικοθεραπευτές και το διοικητικό προσωπικό. Υπάρχει συνήθως ακτινολογικό τμήμα, μικροβιολογικό εργαστήριο και πτέρυγα με κρεβάτια από 30 έως 60 για ήπιες ασθένειες ή χρόνιες παθήσεις. Οι έγκυες στη Φινλανδία παίρνουν επίδομα για προγεννητικό έλεγχο πριν τη 16^η εβδομάδα κύησης.

Η νομική προστασία των ασθενών είναι σημαντικό ζήτημα για τη Φινλανδία και στον τομέα αυτό είναι πρωτοποριακή. Ο Νόμος για τις βλάβες των ασθενών (patient injury law), που δημοσιεύτηκε το 1986 καλύπτει βλάβες από ενδονοσοκομειακές μολύνσεις ή από ελαττωματικά εργαλεία ή εξοπλισμό ή από τους γιατρούς ή νοσηλευτές και από τα φάρμακα που τους χορηγούνται.

Το 1992 ψηφίστηκε ο νόμος του ιατρικού διαμεσολαβητή (medical ombudsman) που όρισε κανόνες για την κατάθεση παραπόνων και αναβάθμισε το δικαίωμα του ασθενή να πληροφορηθεί, να αποφασίσει και να ιδεί τον ιατρικό του φάκελο.

Με το σύστημα των «προσωπικών γιατρών», οι γιατροί οφείλουν να οργανώσουν έτσι τα ιατρεία τους ώστε οι ασθενείς που γράφηκαν στις λίστες τους να εξυπηρετηθούν σε διάστημα 3 ημερών. Οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να αποφασίζουν για το ωράριο τους αλλά επιβάλλεται να δέχονται το προσωπικό που τους παρέχει το κέντρο υγείας και οι ίδιοι παραμένουν δημόσιοι υπάλληλοι.

Με την υιοθέτηση της «υπευθυνότητας του πληθυσμού» ενθαρρύνεται η συνεργασία ανάμεσα στα διάφορα ιατρικά επαγγέλματα που υπηρετούν σε ένα κέντρο υγείας. Το σύστημα είναι ικανοποιητικά αποδοτικό κι, ενώ οι πολίτες δεν έχουν πολλές επιλογές, εντούτοις με τους συχνούς δημοκρατικούς ελέγχους, τη συμμετοχή των πολιτών στις

αποφάσεις σε δημοτικό επίπεδο και την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς, καθώς και την αποζημίωση του σε περίπτωση βλάβης, εκτιμάται από το σύνολο του πληθυσμού και αποδίδει.

3.4 Δανία

Η ΠΦΥ στην Δανία

Στη Δανία το σύστημα Υγείας εδράζεται σε τρία επίπεδα:

1. Στους γιατρούς, γενικούς, ιδιώτες, ειδικευμένους κ.λπ.- καθώς και τους φαρμακοποιούς.
2. Στα νοσοκομεία που διευθύνονται και χρηματοδοτούνται από τις κομητείες εκτός από κάποια ιδιωτικά.
3. Στις δημοτικές υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν τη νοσηλεία στο σπίτι, επισκέπτες υγείας και οδοντιάτρους που χρηματοδοτούνται από τους 275 δήμους της χώρας.

Το Υπουργείο Υγείας νομοθετεί και συνεργάζεται με το Πρόγραμμα Αναβάθμισης της Δημόσιας Υγείας που καθορίζει η εκάστοτε κυβέρνηση.

Οι Κομητείες και τα δύο Δημοτικά Συμβούλια οργανώνουν, ελέγχουν και χρηματοδοτούν.

Οι Δήμοι με τη δική τους συνεισφορά ανταπεξέρχονται στην οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά και στις νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι ή στο νοσοκομείο.

Στη Δανία υπάρχουν δύο κατηγορίες ασφάλισης που διαφέρουν στην ελεύθερη επιλογή του γιατρού και στις ιδιωτικές πληρωμές για φυσικοθεραπείες, οπτικούς, οδοντιατρικές υπηρεσίες κ.λπ. Οι πρώτοι ασφαλιζονται και καλύπτονται από το κράτος, οι δεύτεροι, για επιπλέον υπηρεσίες, πληρώνουν τη διαφορά κόστους.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα παρέχεται από ιδιώτες Γενικούς Γιατρούς που τους προσλαμβάνουν οι κομητείες με συμβόλαιο. Οι κομητείες από τους φόρους καλύπτουν το 80% των δαπανών υγείας και το 20% δίνεται από την κεντρική διοίκηση.

Ο γενικός γιατρός έχει στρατηγική θέση στο σύστημα υγείας, γιατί ο ασθενής έρχεται σε επαφή πρώτα με αυτόν, ο οποίος στη συνέχεια θα τον στείλει στο κατάλληλο νοσοκομείο ή στον ειδικευμένο γιατρό που οφείλει να ενημερώσει το γενικό γιατρό για την πορεία της υγείας του ασθενούς, όταν αυτός τελειώσει με τη θεραπεία του. Οι γενικοί γιατροί συνήθως εργάζονται σε ομάδες, έτσι οι υπηρεσίες υγείας είναι για όλο το 24ωρο.

Το 1993 η κυβέρνηση ίδρυσε την Εθνική Στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας. Επέλεξαν έντεκα κατηγορίες ασθενών που αφορούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού και κατέληξαν σε μετρήσιμους δείκτες ποιότητας για τα αποτελέσματα των θεραπειών και την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών και των προμηθευτών. Οι δείκτες αυτοί δίνουν το εθνικό μέτρο σύγκρισης για τα νοσοκομεία και διευκολύνουν τους ασθενείς στην επιλογή του νοσοκομείου και της θεραπείας.

Το 1997, για την αξιοποίηση των τεχνολογιών, ιδρύθηκε το ινστιτούτο για την τεχνολογία της Υγείας της Δανίας. Έγιναν επίσης προσπάθειες για τη μείωση των λιστών αναμονής, την αύξηση της ποιότητας των παροχών υγείας και τον τονισμό των δικαιωμάτων των ασθενών.

Το σύστημα υγείας στη Δανία ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση και ως προς την οργάνωση και ως προς το κόστος. Το σύνολο του πληθυσμού μπορεί να προσφεύγει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, ακόμα και αυτοί που αδυνατούν να πληρώσουν. Η φορολογία είναι υψηλή για να ανταποκριθεί και στις ανάγκες της υγείας και επειδή το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι υψηλό, γι' αυτό έχει υπερτονιστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα με ικανοποιητική αποδοτικότητα.

3.5 Ολλανδία

Η ΠΦΥ στην Ολλανδία

Στην Ολλανδία εφαρμόζεται ένα σύστημα Υγείας που εξασφαλίζει την πλήρη κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας. Χρηματοδοτείται από εισφορές ανάλογα με το εισόδημα των πολιτών και οι πολίτες μπορούν να ασφαρίζονται και ιδιωτικά για περισσότερες ή και καλύτερες παροχές υγείας. Μάλιστα προς το τέλος τη δεκαετίας του '80 ιδρύθηκε ο «ελεγχόμενος ανταγωνισμός» στις ασφάλειες. Με στόχο την αποδοτικότητα

και τη συγκράτηση του κόστους, η Ολλανδία υιοθέτησε στοιχεία της ελεύθερης αγοράς και του ανταγωνισμού στο εθνικό της σύστημα υγείας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα απέκλειε μερίδα του πληθυσμού της από τη φροντίδα υγείας.

Τα Συμβούλια Υγείας υποδεικνύουν τις βασικές φροντίδες. Από το Συμβούλιο Χρηματοδότησης Ασφάλισης Υγείας εκπροσωπούνται όλοι όσοι εμπλέκονται στο σύστημα Υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι εργοδότες, οι ενώσεις εργαζομένων, οι γιατροί, οι ενώσεις ασθενών και η κυβέρνηση.

Το πρόγραμμα της Γενικής Ασφάλισης για ειδικές Δαπάνες υγείας είναι υποχρεωτικό για όλους και καλύπτει τη μακροχρόνια περίθαλψη ή νοσηλεία για χρόνια νοσήματα.

Όλοι οι πολίτες καλύπτονται υποχρεωτικά από τη «θεσμική ασφάλιση υγείας» (statutory health insurance- ZFW) ή από την «ιδιωτική ασφάλιση υγείας» (private health insurance), ανάλογα με το εισόδημα του καθενός. Οι πολίτες με τη θεσμική ασφάλιση καλύπτονται για 365 μέρες νοσηλείας ή για ιατρική και φαρμακευτική θεραπεία εκτός νοσοκομείου. Πλήρη οδοντιατρική κάλυψη έχουν τα παιδιά και οι έφηβοι ως τα 18 τους χρόνια. Η ασφάλιση, επίσης καλύπτει τους εμβολιασμούς, την ανίχνευση καρκίνου και στήριξη συμβουλευτική σε εγκύους και νέες μητέρες. Ιδιαίτερο πρόγραμμα υπάρχει για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και την απεξάρτηση. Τα θεσμικά ταμεία Υγείας παίρνουν την επιχορήγηση αλληλεγγύης από ασφαλισμένους ιδιώτες (π.χ. τη συνεισφορά mooz) για να αντιμετωπιστούν πιθανοί ασφαλιστικοί κίνδυνοι με υψηλό κόστος. Όσοι αυτοαπασχολούνται προσφεύγουν σε ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει μεγάλο εύρος, έτσι υπάρχει και μεγάλος ανταγωνισμός ανάμεσα στις ασφαλιστικές εταιρείες.

Στην Ολλανδία μπορεί κάποιος, ανάλογα με το εισόδημά του να έχει «συμπληρωματική ασφάλιση» (supplemental insurance) και από τα θεσμικά και από τα ιδιωτικά ταμεία ασφάλισης. Περίπου το 90% των ασφαλισμένων κάνουν και τη συμπληρωματική ασφάλιση.

Οι ιδιώτες γενικοί γιατροί ή οικογενειακοί έχουν σημαντικό ρόλο γιατί αυτοί διοχετεύουν τα περισσότερα περιστατικά στα νοσοκομεία και στους εξειδικευμένους γιατρούς. Οι γιατροί

πληρώνονται ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών κι αυτό τους δίνει κίνητρο για όσο καλύτερη παροχή υπηρεσιών.

Πολλά νοσοκομεία στην Ολλανδία συγχωνεύτηκαν κι έτσι δημιουργήθηκαν πιο αποδοτικές δομές. Επειδή πολλοί εξυπηρετούνται από άλλες δομές φροντίδας υγείας που σιγά- σιγά αναπτύχθηκαν γι' αυτό και μειώθηκε ο αριθμός επισκεπτών στα νοσοκομεία και κατά συνέπεια και το κόστος φροντίδας. Οι Ολλανδοί είναι ευχαριστημένοι από το σύστημα υγείας στη χώρα τους, αν και το προσδόκιμο ζωής τους δεν έχει αυξηθεί ιδιαίτερα.

Το αίτημα της ποιότητας στον τομέα της υγείας, στο κράτος της Ολλανδίας, διασφαλίζεται με νόμους που ψηφίστηκαν το 1996 για τους φορείς της υγείας στο δημόσιο και για τους ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Βάσει αυτών των νόμων, υπεύθυνοι για την εφαρμογή πρακτικών που διασφαλίζουν την ποιότητα είναι οι ίδιοι οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας ή οι ομάδες τους, ενώ το κράτος βοηθάει και επιβλέπει το έργο τους.

Η κρατική Επιθεώρηση Υπηρεσιών Υγείας (Health Care Inspectorate) δέχεται κάθε χρόνο έκθεση της ποιότητας των υπηρεσιών των φορέων υγείας και των μέτρων που διασφαλίζουν αυτή την ποιότητα. Ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Γιατρών, η Εθνική Ένωση Οικογενειακών Γιατρών, τα τμήματα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας και το Κέντρο Ποιότητας της Έρευνας Φροντίδας (Center for Quality of Care Research- WOK) στα πανεπιστήμια του Nijmegen και του Maastricht, ελέγχουν, προάγουν και διασφαλίζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Επίσης μια «ερευνητική ανασκόπηση» (peer review) γίνεται 6 με 12 φορές το χρόνο από ομάδες γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας για να ανταλλάξουν απόψεις, εμπειρίες και γνώμες για την πρόοδο της ποιότητας. Τα πορίσματα δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά και σχεδιάζονται συμπληρωματικά προγράμματα.

Επιπλέον, το WOK συνεργάζεται με επαγγελματικούς οργανισμούς για να δοκιμάζουν διαφορετικές «διαδικασίες ελέγχου» (monitoring procedures) στον τομέα της ΠΦΥ. Ελέγχουν τις θεραπευτικές μεθόδους, εκτιμούν το επίπεδο γνώσεων των ασχολούμενων με την υγεία, την επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών και καταλήγουν σε οδηγίες,

αποφεύγοντας τους αυστηρά επιστημονικούς όρους και εκλαϊκεύοντας όσο γίνεται ώστε να γίνονται κατανοητές αλλά και απαιτητές και από τους ασθενείς.

Οι γιατροί της ΠΦΥ κάθε χρόνο εκπαιδεύονται σε ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης 40 ωρών ώστε, με αυτόν τον «ιατρικό έλεγχο», να παρατείνουν την ιατρική τους άδεια εξάσκησης επαγγέλματος.

Οι Ολλανδοί ωτορινολαρυγγολόγοι, από το 1998, υποχρεωτικά συμμετέχουν σε συμπόσια, συνέδρια κ.λπ. και βαθμολογούνται. Πρέπει να συγκεντρώνουν τουλάχιστον 30 πόντους κάθε χρόνο.

Τα δικαιώματα των ασθενών είναι κατοχυρωμένα νομοθετικά από το 1995. Κατοχυρώνεται το δικαίωμα της πληροφόρησης του ασθενούς και της πρόσβασης στο φάκελο του, η ιατρική εμπιστευτικότητα και σε περίπτωση βλάβης ή ιατρικού λάθους, ο ασθενής οφείλει να αποδείξει τη βλάβη αλλά εξαρχής το νοσοκομείο, οι γιατροί και οι νοσηλευτές θεωρείται ότι έχουν την ευθύνη. Υπάρχει ένα απλό σύστημα διοχέτευσης των παραπόνων και οι προμηθευτές οφείλουν να συντάσσουν ετήσια έκθεση για να περιγράψουν πώς αξιοποιούν τα παράπονα ώστε να προάγουν την ποιότητα και να εξαλείφουν τα παράπονα. Οι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα δικαιούνται συνήγορο για την έκθεση των παραπόνων τους.

Για τους ηλικιωμένους πεδίο διερεύνησης είναι:

- Η μεγαλύτερη ευελιξία για την ασφάλιση αυτών των ηλικιών.
- Να αντιμετωπίζεται ξέχωρα το θέμα της στέγασης των ηλικιωμένων και ξέχωρα η ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας των προχωρημένων ηλικιών.
- Να προστεθούν στους δημόσιους και ιδιωτικοί προϋπολογισμοί.

Ο πληθυσμός της Ολλανδίας είναι πολύ ικανοποιημένος από το σύστημα Υγείας της χώρας του κι αυτό οφείλεται στη διαρκή επιμόρφωση και έλεγχο των γιατρών, στις οδηγίες που δίνονται σε γιατρούς και ασθενείς, στις επαναξιολογήσεις, στην αξιοποίηση των παραπόνων, στην ιδιαίτερη στήριξη κατηγοριών ασθενών, όπως αυτή των χρηστών ουσιών, των ηλικιωμένων, των ψυχικά ασθενών κ.λπ.

3.6 Γερμανία

Η ΠΦΥ στη Γερμανία

Ο πληθυσμός της Γερμανίας είναι ασφαλισμένος σε ένα ταμείο, δημόσιο ή ιδιωτικό. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία είναι τα περισσότερα δημόσια και οι γιατροί είναι επαγγελματίες ιδιώτες.

Νομικά θεσπισμένες συνδικαλιστικές ενώσεις εκπροσωπούν τα ταμεία υγείας, τους γιατρούς και τα νοσοκομεία και με συνδιασκέψεις αποφασίζουν για τα μεγάλα ζητήματα της υγείας. Η κυβέρνηση εντούτοις είναι αυτή που βάζει τους γενικούς κανόνες για τη δημόσια υγεία.

Το 90% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο θεσμικό πρόγραμμα ασφάλισης Υγείας (Statutory Health Insurance Programme- GKV). Το πρόγραμμα αυτό παρέχει εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, θεραπείες, φάρμακα, επισκέψεις στο σπίτι, αποζημιώσεις ασθενείας, φροντίδα σε εγκύους και σε μητέρες. Ιδιαίτερη έμφαση γίνεται στην έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, όπως ο καρκίνος και το AIDS και η αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Τα ταμεία επίσης καλύπτουν οδοντιατρική φροντίδα, εμβολιασμούς, βοηθούν ομάδες αυτοθεραπείας και προνοούν για την ασφάλεια στην εργασία.

Οι υψηλόμισθοι ασφαρίζονται ιδιωτικά, δεν συμμετέχουν στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και αυτό δείχνει ότι η έννοια της αλληλεγγύης δε συμπεριλαμβάνεται στο γερμανικό σύστημα υγείας.

Οι ιδιώτες γιατροί δουλεύουν στα ιατρεία τους και αμείβονται ανάλογα με τις τιμές που υπάρχουν.

Οι ιδιώτες γιατροί κάνουν συμβάσεις με τα ταμεία ως ενώσεις γιατρών και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους, σύμφωνα με την αρχή της Αυτοδιοίκησης.

Τα νοσοκομεία λειτουργούν μέσα στο πλαίσιο εθνικού σχεδιασμού νοσοκομειακής ανάπτυξης με τους κανόνες που βάζουν τα Ομόσπονδα Κρατίδια της Γερμανίας.

Οι ενώσεις των γιατρών θεωρούνται επιστάτες της φροντίδας της υγείας και σχεδιάζουν εθνικά προγράμματα που βασίζονται στις ανάγκες των ειδικοτήτων και στις τοπικές ανάγκες. Έτσι εγκρίνουν ή απορρίπτουν τις συμβάσεις με νέους γιατρούς και μεσολαβούν για τη χρηματοδότηση και την αποζημίωση των γιατρών από το GKV.

Ως προς το αίτημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εκδίδονται συχνά οδηγίες που όμως η ιατρική κοινότητα συχνά τις αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό γιατί θεωρεί ότι παραβιάζει την ελευθερία στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Τα δικαιώματα των ασθενών δεν έχουν κωδικοποιηθεί. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν το γιατρό τους, να πληροφορούνται, να βλέπουν τα ιατρικά αρχεία, να μαθαίνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία αλλά δεν έχουν καλή οργάνωση και ελάχιστα επηρεάζουν τις πολιτικές για την υγεία.

Σε περίπτωση ιατρικού λάθους δεν υπάρχει εξειδίκευση στα δικαστήρια ώστε να δίνονται οι αρμόζουσες αποζημιώσεις. Αντίστοιχα όμως είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις κακής ιατρικής πρακτικής.

Συνολικά, η Γερμανία είναι πρώτη σε πολλούς δείκτες υγείας και πολλές τεχνολογίες και πρωτοποριακές μέθοδοι χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και στη θεραπεία. Πρόβλημα είναι η μη συσχέτιση πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας που οδηγεί συχνά σε αναποτελεσματικότητα.

Από το 2000 και μετά έγιναν μεταρρυθμίσεις που οδήγησαν σε ένα νέο υγειονομικό περιβάλλον και χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία του μάνατζμεντ για να διαμορφώσουν κίνητρα για την ποιότητα μέσω των εκφραστών του δημόσιου συστήματος ασφάλισης στον τομέα της υγείας.

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, που πρωτολειτούργησε το 2009, με ευθύνη της κεντρικής κυβέρνησης, χρηματοδοτεί το σύστημα και έχει ποιοτικές επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας,

στο κόστος και στη διαφάνεια. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της Ομοσπονδίας Μεικτής Επιτροπής (Federal Joint Committee) που συνδέει ταμεία υγείας, γιατρούς και νοσοκομεία.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της Ομοσπονδιακής Βουλής, του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας, του Ομοσπονδιακού Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφάλισης, του Ομοσπονδιακού Ινστιτούτου Ορών και Εμβολίων, του Ομοσπονδιακού Ινστιτούτου Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, του Ομοσπονδιακού Κέντρου Εκπαίδευσης στην Υγεία, του Ομοσπονδιακού Ινστιτούτου Μεταδοτικών και μη Μεταδοτικών Νόσων και του Γερμανικού Ινστιτούτου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης.

Οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν μέσα από συλλόγους γιατρών, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων, ψυχολόγων και κτηνιάτρων που ευθύνονται για την κατάρτιση, την εκπαίδευση και τη διαπίστευση. Οι φυσικοθεραπευτές, οι νοσηλευτές και οι μαίες είναι οργανωμένες σε επαγγελματικούς οργανισμούς.

Σε επίπεδο ΠΦΥ, οι γενικοί γιατροί δέχονται τους ασφαλισμένους σε κάποιο σχήμα οικογενειακής ιατρικής. Από το 2004 υπάρχουν δομές εξωνοσοκομειακής φροντίδας με τη μορφή πολυκλινικών και με μισθωτούς γιατρούς. Οι ασθενείς μπορούν να επισκεφτούν οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρό χωρίς παραπεμπτικό.

Τα ασφαλιστικά ταμεία κάνουν συμβάσεις με τους γιατρούς, τις φαρμακευτικές εταιρείες και τα νοσοκομεία. Για τους προμηθευτές υπάρχουν διαφορετικοί κανόνες στην παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα με τη συμβολή και των ταμείων και του κράτους. Στην προμήθεια των φαρμάκων κυριαρχούν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς και του ανταγωνισμού.

Οι τοπικές κυβερνήσεις και η τοπική αυτοδιοίκηση είναι υπεύθυνες για τη συντήρηση των νοσοκομείων, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προπτυχιακή εκπαίδευση των φαρμακοποιών και των γιατρών και για το συντονισμό όλων των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

3.7 Ισπανία

Στην Ισπανία ξεχωρίζει με σαφήνεια η πρωτοβάθμια από τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι δημόσια και καλύπτει τις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Υπάρχει μια κεντρική κυβέρνηση και 17 αυτόνομες περιφέρειες με ανεξάρτητες κυβερνήσεις. Έτσι το σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο. Οι υπηρεσίες υγείας είναι δωρεάν για όλους και για τους οικονομικούς μετανάστες. Το Κεντρικό υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής πολιτικής (MSPS) αναλαμβάνει το συντονισμό και θέματα στρατηγικής στην υγεία, ενώ τα περιφερειακά συστήματα εισπράττουν τα έσοδα και τα διαχειρίζονται αναλόγως.

Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται από τον προϋπολογισμό των αυτόνομων περιοχών μέσω της φορολογίας, από κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης και κατά τι από τα ταμεία των δημοσίων υπαλλήλων και από τους ίδιους του ασθενείς.

Τα νοσοκομεία και οι άλλες μονάδες β' και γ' βαθμού πάνε ανάλογα με τον πληθυσμό των περιφερειών, ενώ οι περιφέρειες διαιρούνται σε ζώνες υγείας, όπου εδράζονται μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας. Στην πρωτοβάθμια, κάθε δομή χρηματοδοτείται από την περιφερειακή αρχή, αφού έρθει σε διαπραγμάτευση για τα έξοδά της και βάσει του συμβολαίου που έχει υπογράψει για το έτος που απεικονίζει τη δημογραφική διάρθρωση, τον πληθυσμό που προσφεύγει στη δομή, τους στόχους και το πρόγραμμα που έχει για πρόληψη και προαγωγή της υγείας.

Ειδικότερα, στην Ισπανία, από το 2002, νομοθετήθηκαν 17 περιφερειακά Υπουργεία Υγείας, το καθένα αρμόδιο για την περιοχή του. Υπάρχει νομοθετική αυτονομία σε σχέση με τις δαπάνες και τα έσοδα. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) της κεντρικής κυβέρνησης ρυθμίζει ζητήματα στρατηγικής σημασίας, όπως τις διατάξεις για φάρμακα και είναι εγγυητής της ισότητας στην πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι 17 περιφερειακοί υπουργοί έχουν πρόεδρο τον εθνικό υπουργό και συμμετέχουν στο ανώτερο διοικητικό όργανο (SISNS).

Στις περιφέρειες λειτουργούν δύο ανεξάρτητα εκτελεστικά όργανα, υπεύθυνα για την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια υγεία. Οι ομάδες πρωτοβάθμιας περιθαλψης λειτουργούν ως διαβιβαστές (gatekeepers) του συστήματος και μικρότερες

διοικητικές μονάδες συνδέονται με τις πρωτοβάθμιες. Τελευταία υπάρχει η τάση να ενοποιούνται μονάδες της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Η κεντρική κυβέρνηση έχει την ευθύνη να νομοθετεί, να δίνει άδεια και να καταγράφει τα φάρμακα και τα σκευάσματα γι' ανθρώπους αλλά και για ζώα, να διαχειρίζεται τη δημόσια χρηματοδότηση, να διαχειρίζεται τις ναρκωτικές ουσίες με βάση τα διεθνή πρότυπα, να διατηρεί αποθέματα φαρμακευτικού και ιατρικού υλικού για επείγουσες καταστάσεις ή και φυσικές καταστροφές και να διανέμει φάρμακα και ιατρικά προϊόντα στο πλαίσιο της διεθνούς αναπτυξιακής συνεργασίας και αλληλεγγύης.

Με τις 17 αυτόνομες περιφέρειες, η Ισπανία έχει δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας με ικανοποιητικά αποτελέσματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες της.

3.8 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΦΥ (στις προαναφερόμενες ευρωπαϊκές χώρες ως προς τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά)

1. Ως προς τη χρηματοδότηση:

Συστήματα που βασίζονται στους φόρους έχουν η Μεγάλη Βρετανία, η Φινλανδία, η Δανία και η Ισπανία.

Συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση και στα ασφαλιστικά ταμεία έχουν η Ολλανδία και η Γερμανία. Οι διαπραγματεύσεις μεταξύ των φορέων είναι παράγοντας που συγκρατεί το κόστος. Αυτό γίνεται στη Μ. Βρετανία και στη Δανία αλλά οι διαπραγματεύσεις αποδίδουν κυρίως στη Γερμανία.

2. Ως προς τη διάθεση των υπηρεσιών υγείας:

Στη Μ. Βρετανία κύριο ρόλο έχουν οι γενικοί γιατροί.

Στη Σουηδία στα κέντρα υγείας ΠΦΥ και στα νοσοκομεία.

Στη Δανία οι ιδιώτες γενικοί γιατροί, τα ιατρεία και οι ομάδες υγείας.

Στη Φινλανδία οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα Δημοτικά Κέντρα και στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Στην Ολλανδία βασίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ιδιώτες γενικούς γιατρούς.

Στην Γερμανία βασίζεται σε ένα συνδυασμό δημοσίων, ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Τα νοσοκομεία είναι δημόσια και ιδιώτες οι γιατροί.

Στην Ισπανία βασίζεται στις δημόσιες δομές των περιφερειών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας.

3. Ως προς το ρόλο της κεντρικής κυβέρνησης:

Διαφοροποιείται από κράτος σε κράτος, ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης για τη λήψη αποφάσεων. Σε άλλες χώρες είναι ισχυρός και ελέγχει τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τον αριθμό και το κόστος των υπηρεσιών, όπως στη Μ. Βρετανία και στη Δανία.

Στη Γερμανία, ο ρόλος της κεντρικής εξουσίας είναι περισσότερο ρυθμιστικός και συμβουλευτικός.

Στην Φινλανδία υπάρχει αποκέντρωση με τους Δήμους αλλά το κράτος χρηματοδοτεί μέσω των φόρων.

Αποκέντρωση υπάρχει και στη Δανία με τις κομητείες και τους αυτοδιοικούμενους οργανισμούς, καθώς και στην Ισπανία με τις περιφέρειες.

4. Ως προς την ιδιωτική σφάλιση:

Οι χώρες που ήδη αναφέραμε καταφεύγουν κυρίως στη δημόσια ασφάλιση. Υπάρχει όμως και η ιδιωτική, με μικρή προτίμηση.

Στη Δανία το 1/3 του πληθυσμού έχει συμπληρωματικά ιδιωτικά συμβόλαια.

Η Γερμανία έχει υψηλό ποσοστό ιδιωτικά ασφαλισμένων (9%). Αυτοί όμως είναι αυτοαπασχολούμενοι, υψηλόμισθοι ή δημόσιοι υπάλληλοι.

Στην Ολλανδία είναι ιδιωτικά ασφαλισμένοι κατά το 1/3 του πληθυσμού της. Κυρίως ασφαλίζονται ιδιωτικά οι αυτοαπασχολούμενοι και οι δημόσιοι υπάλληλοι με ειδικό πρόγραμμα.

Στη Μ. Βρετανία βρίσκουμε ένα 15% ασφαλισμένους ιδιωτικά, από τα υψηλότερα ποσοστά.

5. Ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και τη νομική τους κάλυψη:

Δύο χώρες ξεχωρίζουν ως προς το δικαίωμα του ασθενούς και τη νομική του κάλυψη. Υποδειγματική είναι η Ολλανδία που, επιπλέον, διασφαλίζει, με τη νομοθεσία της, και την έντονη παρέμβαση των ασθενών στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας.

Η Φινλανδία, επίσης, αποζημιώνει τις βλάβες χωρίς να επιρρίπτει τις ευθύνες στους προμηθευτές των υπηρεσιών. Ακόμα υπάρχει ο ιατρικός διαμεσολαβητής και κατοχυρώνεται το δικαίωμα ο ασθενής να έχει πλήρη πληροφόρηση και να παίρνει την τελική απόφαση για την πορεία της θεραπείας του.

6. Ως προς το θεσμό του γενικού γιατρού:

Ο θεσμός του γενικού ή οικογενειακού γιατρού είναι ισχυρός στις παραπάνω χώρες. Συχνά αυτός είναι ο διαβιβαστής (gatekeeper) για τα νοσοκομεία.

Στη Μ. Βρετανία και στη Δανία π.χ. είναι στρατηγικός ο ρόλος του γενικού γιατρού.

Στην Ολλανδία τους παραπέμπει βέβαια ο γενικός γιατρός αλλά οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν οι ίδιοι το ειδικό νοσοκομείο ή τον ειδικό γιατρό που θα συνεχίσουν για τη θεραπεία τους.

Στην Γερμανία, οι ασφαλισμένοι, αν ακολουθήσουν την πορεία που τους προτείνει ο οικογενειακός τους γιατρός, έχουν έκπτωση.

Στη Φινλανδία, οι γενικοί γιατροί εργάζονται στα κέντρα υγείας και συνήθως οι ασθενείς επισκέπτονται τον ίδιο γιατρό.

7. Ως προς την αμοιβή των γενικών γιατρών:

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται ανά ασθένη στις λίστες ή με μισθό προκαθορισμένο ή ανάλογα με την υπηρεσία που προσφέρει ή με συνδυασμό των προηγούμενων.

Στη Δανία οι γιατροί υπογράφουν συμβάσεις με τις κομητείες που ορίζεται ποσό για τον ασφαλισμένο ή για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Στη Μ. Βρετανία αποζημιώνονται ανά ασθενή, από τους ίδιους τους ασθενείς για εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις ή για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα και ακόμα για τον εξοπλισμό των ιατρείων τους.

Στη Φινλανδία οι γιατροί είναι υπάλληλοι των δήμων, εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και πληρώνονται συνδυαστικά με το βασικό μισθό τους, την αμοιβή ανά ασθενή, τη συνεισφορά του ασθενούς και τη δημοτική επιχορήγηση. Για ξέχωρες υπηρεσίες πληρώνονται και με bonus.

Στην Ολλανδία αμείβονται ανά ασθενή, ενώ αυτοί που έχουν ιδιωτική ασφάλιση χρεώνονται ανάλογα με την προσφερόμενη υπηρεσία.

Στη Γερμανία, πρώτα οι ενώσεις γιατρών διαπραγματεύονται με το GKV έναν προϋπολογισμό ο οποίος στη συνέχεια μοιράζεται στους γιατρούς, ανάλογα με τις υπηρεσίες- πόντους. Αυτό λειτουργεί ως κίνητρο για να προσφέρουν περισσότερες και μεγαλύτερες υπηρεσίες οι γιατροί.

8. Ως προς τη λειτουργία Ομάδων γενικών γιατρών:

Με τις ομάδες υπηρεσιών γιατρών βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ανταλλάσσονται οι γνώσεις και οι εμπειρίες μεταξύ των μελών της ομάδας.

Στη Δανία η κατανομή των γενικών γιατρών γεωγραφικά καθορίζεται από επιτροπές.

Στη Φινλανδία, ομάδες ιατρών προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και προληπτική και θεραπευτική, στα Κέντρα Υγείας.

Στη Μ. Βρετανία, δίκτυα εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ανά περιφέρειες, αναλαμβάνουν το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας και συνήθως, σε κάθε ιατρείο, εργάζονται τέσσερις γιατροί. Η χρηματοδότηση στα ομαδικά ιατρεία είναι πλουσιοπάροχη κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 75% των γενικών γιατρών να εργάζονται ομαδικά σε κέντρα υγείας.

9. Ως προς την ενίσχυση της ΠΦΥ:

Η Μεγάλη Βρετανία, η Φινλανδία, η Δανία και η Ολλανδία έχουν ενισχύσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και μειώνοντας τις νοσοκομειακές υπηρεσίες κατάφεραν να μειώσουν το κόστος και παράλληλα να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

10. Ως προς τη διασφάλιση της ποιότητας:

Όλα τα Ευρωπαϊκά Κράτη έχουν αναλάβει δραστηριότητες για τη «διασφάλιση της ποιότητας» στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η Δανία από το 1993 με την Εθνική Στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας επεδίωκε την ποιότητα με παράλληλο έλεγχο των εξόδων ώστε να μην εκτιναχτούν στα ύψη.

Η Μ. Βρετανία με το «νέο NHS» επιδιώκει τη μείωση των ανισοτήτων στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Εκδίδονται οδηγίες από ομάδες ειδικών γιατρών, εκπαιδεύεται το προσωπικό και αξιολογούνται οι υποδομές. Δημοσιεύονται συχνά τα αποτελέσματα ερευνών μεταξύ ασθενών και ανθρώπινου δυναμικού με στόχο να εντοπίζονται τα προβλήματα και να αναζητούνται λύσεις.

Η Ολλανδία πρωτοπορεί στη διασφάλιση της ποιότητας με τους επαγγελματικούς ιατρικούς οργανισμούς, που κάνουν ερευνητική ανασκόπηση, εκδίδουν οδηγίες, κάνουν ελέγχους και κατά περιόδους επαναπιστοποίηση των γιατρών.

Η Γερμανία, επειδή δίνει μεγάλη έμφαση στην επάρκεια των γιατρών της, υστερεί ως προς την εφαρμογή των οδηγιών, αλλά πρωτοπορεί στη χρήση της τεχνολογίας και σε νέες θεραπευτικές μεθόδους.

3.9 ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΓΕΝΙΚΑ

Στην Ελλάδα την ευθύνη της πολιτικής της υγείας την έχει ο υπουργός Υγείας που όμως εξαρτάται άμεσα από τον υπουργό Οικονομικών, γιατί αυτός θα εγκρίνει και θα διαθέσει τα οικονομικά κονδύλια. Η χώρα χωρίζεται σε υγειονομικές περιφέρειες. Δημιουργούνται και λειτουργούν περιφερειακά συμβούλια υγείας που γνωμοδοτούν και εποπτεύουν στα νομαρχιακά συμβούλια. Η ΠΦΥ συντίθεται από τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ που έγινε ΠΕΔΥ, τους

υπόλοιπους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την τοπική αυτοδιοίκηση με τις υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επίσης, προσφέρει και ο ιδιωτικός τομέας με τους ιδιώτες γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με το δημόσιο, καθώς και τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, που είναι ιδιωτικά. Έχει αναδειχθεί η ανάγκη του οικογενειακού γιατρού, στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το σχέδιο νόμου που αναρτήθηκε στις 11/4/2017 άρθρο 9, ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι γιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τους ενήλικες και παιδίατρος για τα παιδιά.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι γιατρός του ΕΣΥ που υπηρετεί στις ΤοΜΥ, στα Κέντρα Υγείας και σε άλλες δημόσιες μονάδες ΠΦΥ ή γιατρός που υπηρετεί σε Τοπική Ομάδα Υγείας ή και συμβεβλημένος με το υπουργείο υγείας και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.

Οι ΔΥΠΕ μπορούν να κάνουν συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου με επικουρικούς γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας ή με ομάδες υγείας για να εφαρμοστούν ειδικά προγράμματα πρόληψης.

Αυτά συνοπτικά προτείνει ο νόμος, ο οποίος εντούτοις δεν έχει ενεργοποιηθεί ακόμα στη χώρα μας. Έχουμε ήδη αναφερθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και έχουμε επισημάνει ότι ο γενικός ή οικογενειακός γιατρός αποτελεί θεμέλιο λίθο για το σύστημα της ΠΦΥ. Βέβαια οι Έλληνες έχουν συνήθως το δικό τους γιατρό, ο οποίος όμως δεν είναι κομμάτι ενός ποιοτικού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο.

Αυτό έχει ως συνέπεια πολλοί πολίτες να καταφεύγουν μόνοι τους στα νοσοκομεία για περίθαλψη, προκαλώντας πρόσθετο φόρτο, ανεξέλεγκτα και συχνά άστοχα.

Η τεχνολογία, σήμερα, διευκολύνει, δημιουργώντας ένα ηλεκτρονικό αρχείο έτσι ώστε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού να είναι περισσότερο εφικτός και υλοποιήσιμος, αρκεί να υπάρχει η πολιτική βούληση και η διάθεση των απαραίτητων κονδυλίων,

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ν. 1397/1983 με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η υγεία αναγνωρίζεται ως κοινωνικό αγαθό, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και λιγότερο από τις ιδιωτικές δαπάνες.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, 2017) η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα ισοκατανέμεται χρηματοδοτικά μεταξύ του κρατικού προϋπολογισμού και των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά από το 2009 αυξήθηκαν λίγο τα ποσά που πληρώνουν οι ασθενείς ως ιδιώτες λόγω μεταρρυθμίσεων για να επιτευχθεί εξισορρόπηση στους δημόσιους προϋπολογισμούς.

Το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται μεταξύ των κανόνων της ελεύθερης αγοράς και της κρατικής παρέμβασης, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες, προκαλεί προβλήματα στην χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη μη σωστή κατανομή οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, παραοικονομική δραστηριότητα, ψευδή ζήτηση και αυξάνει τις ιδιωτικές δαπάνες. Συχνά οι πολίτες ασφαλίζονται σε ιδιωτικές ασφάλειες ή καταφεύγουν σε ιδιωτικά εργαστήρια για εξετάσεις ή σε ιδιωτικές κλινικές για χειρουργεία και θεραπεία, λόγω της γραφειοκρατείας στο δημόσιο και του χρόνου αναμονής.

Στα ελληνικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες, συχνά, χρεώνονται με χαμηλότερες τιμές από το πραγματικό τους κόστος, ιατρικό υλικό και εξοπλισμός υπερτιμολογούνται, τα έσοδα μειώνονται λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας. Όλα αυτά δημιουργούν δημοσιονομικά ελλείμματα.

Το 2015, η Ελλάδα, με στοιχεία του ΟΟΣΑ, έχει τον υψηλότερο αριθμό γιατρών με 6,3 γιατρούς στους 1.000 κατοίκους. Αυτό βέβαια το ποσοστό συμπεριλαμβάνει και γιατρούς που δεν εργάζονται πια για διάφορους λόγους.

Η πληθώρα των γιατρών έχει και κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, όπως ανεργία, μείωση των μισθών, πληθώρα ιατρικών απόψεων, κατάχρηση της ιατρικής τεχνολογίας κ.λπ. Από το 2012 εντούτοις υπάρχει, στην Ελλάδα, μείωση του αριθμού των γιατρών.

Με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2015, ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε στο 9,0 ανά 1.000 κατοίκους, στην Ελλάδα είχε μόνο 3,2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους κι ενώ σε κάθε γιατρό αντιστοιχούσαν 2-4 νοσηλευτές, στην Ελλάδα, το 2015

αντιστοιχούσαν 1,5 νοσηλευτές ανά γιατρό. Διαπίστωση, λοιπόν, είναι η αδυναμία ορθολογικής στελέχωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Την τελευταία δεκαετία, στην Ευρώπη, ο αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία έχει μειωθεί κατά μέσο όρο, το 2000, από 5,6 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους σε 4,7 ανά 1.000 κατοίκους, το 2015.

Στην Ελλάδα, για το έτος 2015, ανά 1.000 κατοίκους είναι 4,3.

Η μείωση των κλινών στα νοσοκομεία είναι αποτέλεσμα της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας που επιτρέπει χειρουργικές επεμβάσεις ή αποκατάσταση μειώνοντας το χρόνο νοσηλείας. Η μείωση του χρόνου νοσηλείας, αντίστοιχα, καθιστά ισχυρότερη και πλέον αναγκαία την ΠΦΥ, μειώνει τα κόστη, αποκαθιστά ψυχολογικά τον ασθενή γρηγορότερα και τον προφυλλάσσει από πιθανές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει αρκετά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα για όλους τους παραπάνω λόγους και διαπιστώσεις.

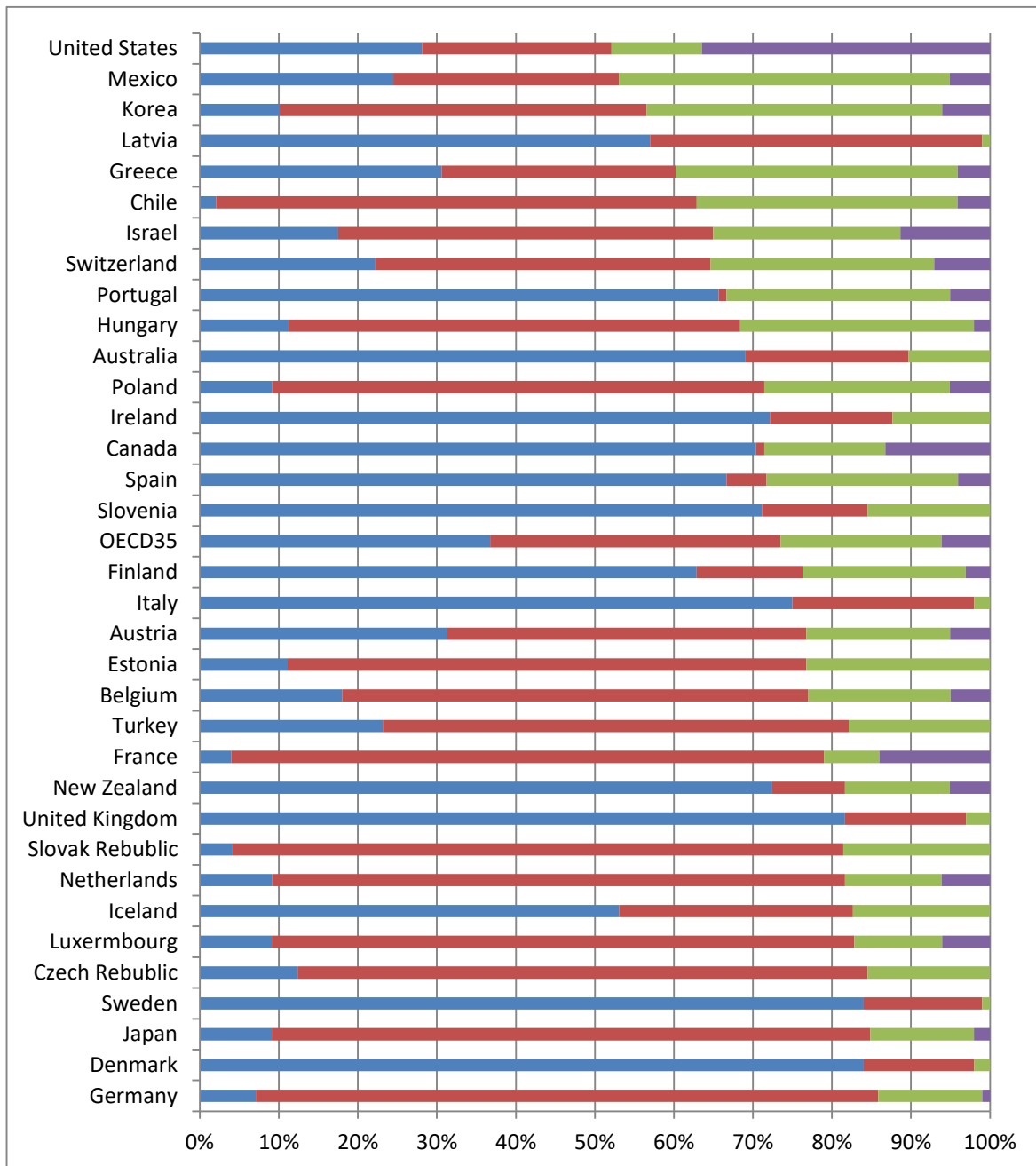
Επιπλέον οι φορείς υγείας, όπως το Εθνικό Σύστημα, οι ασφαλιστικοί φορείς και η τοπική αυτοδιοίκηση δυσκολεύονται να συντονιστούν ώστε να εξασφαλίσουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι διοικητικές θέσεις συμβαίνει, κάποιες φορές, με κριτήρια πολιτικά να μην ανατίθενται σε ανθρώπους εκπαιδευμένους πάνω σε εκσυγχρονιστικές μεθόδους διοίκησης και κίνητρα για το καλύτερο επιστημονικό προσωπικό δεν υπάρχουν. Δεν υπάρχει σύστημα πιστοποίησης για τη διασφάλιση της ποιότητας και υπάρχει παραοικονομική δραστηριότητα με αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς.

Τέλος η Ελλάδα έχει πολλά νησιά και πολλά χωριά σε ορεινές περιοχές και συχνά οι πολίτες καταφεύγουν στις πόλεις αλλά και οι επαγγελματίες υγείας και αυτοί βρίσκονται οι περισσότεροι στα μεγάλα αστικά κέντρα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Έξι διαγράμματα με πηγή την OECD- 2017

Παρατίθενται έξι διαγράμματα με πηγή την OECD (2017) που αναφέρονται:

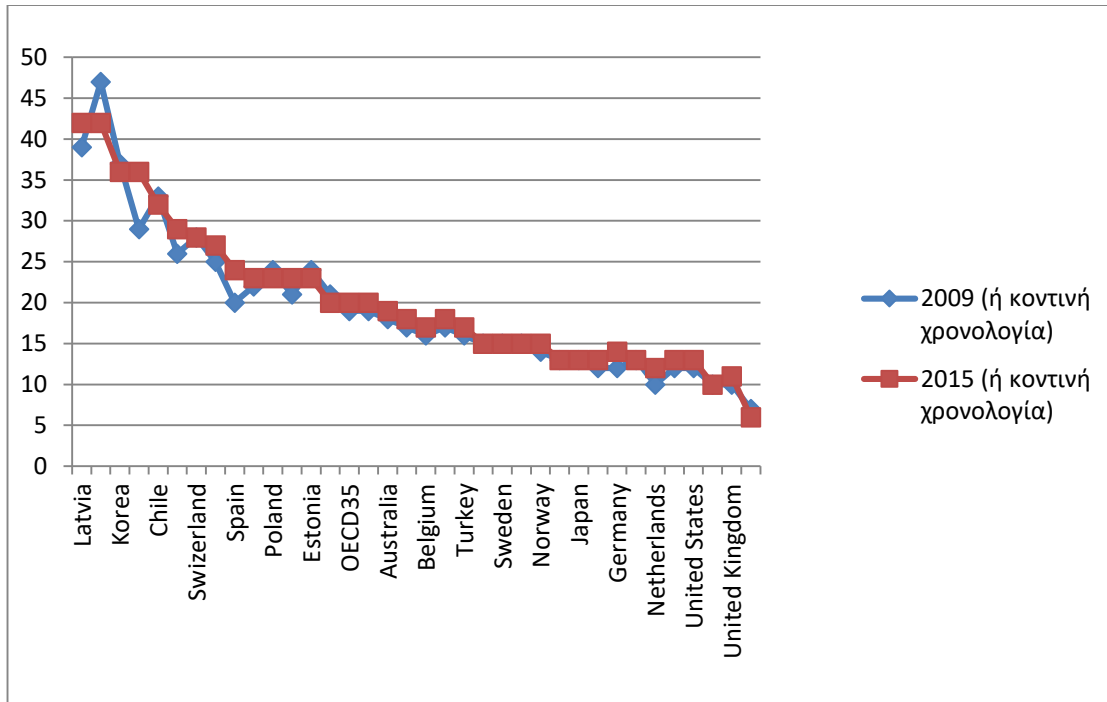
- 1) Στη χρηματοδότηση της υγείας



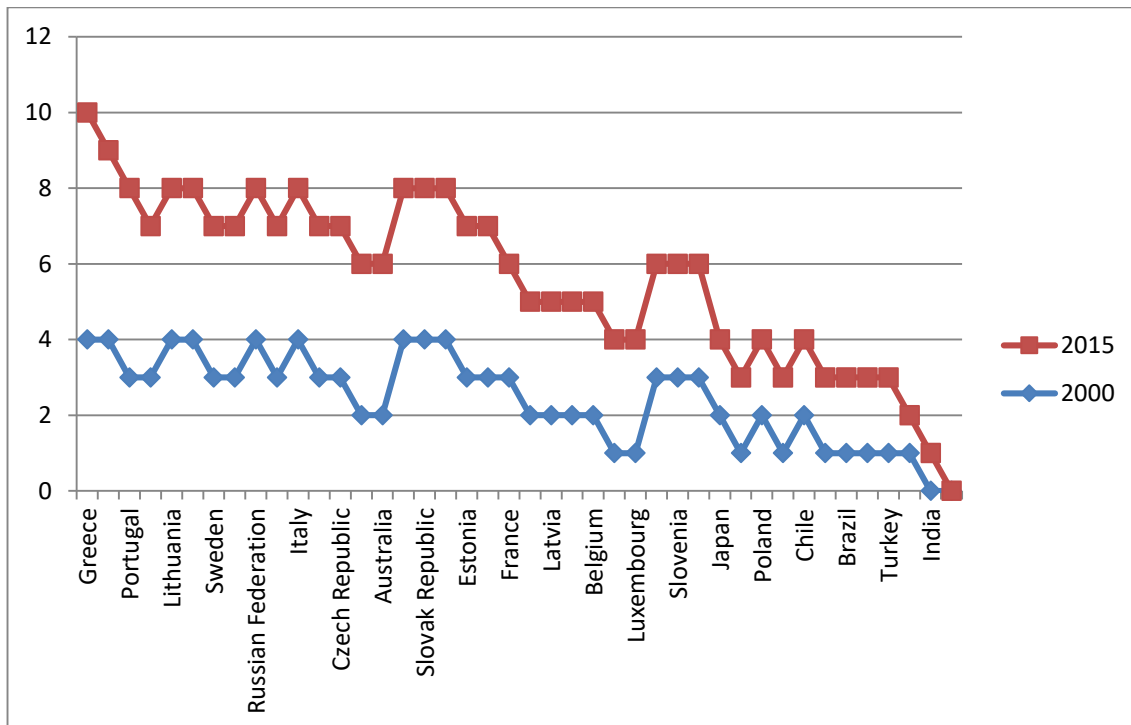
Κρατικός προϋπολογισμός Υποχρεωτική ασφάλιση Ιδιωτικές πληρωμές Εθελοντική ασφάλιση ...Άλλα



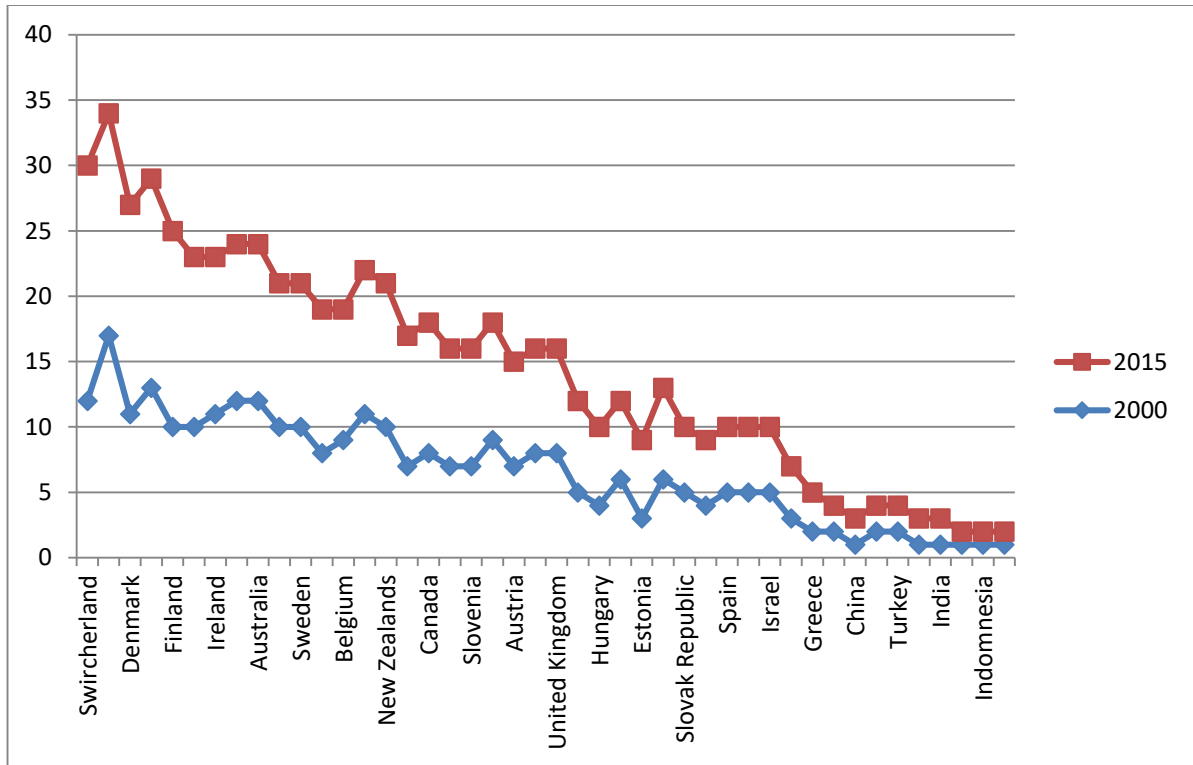
2) Στις ποσοτικές μεταβολές των ιδιωτικών πληρωμών



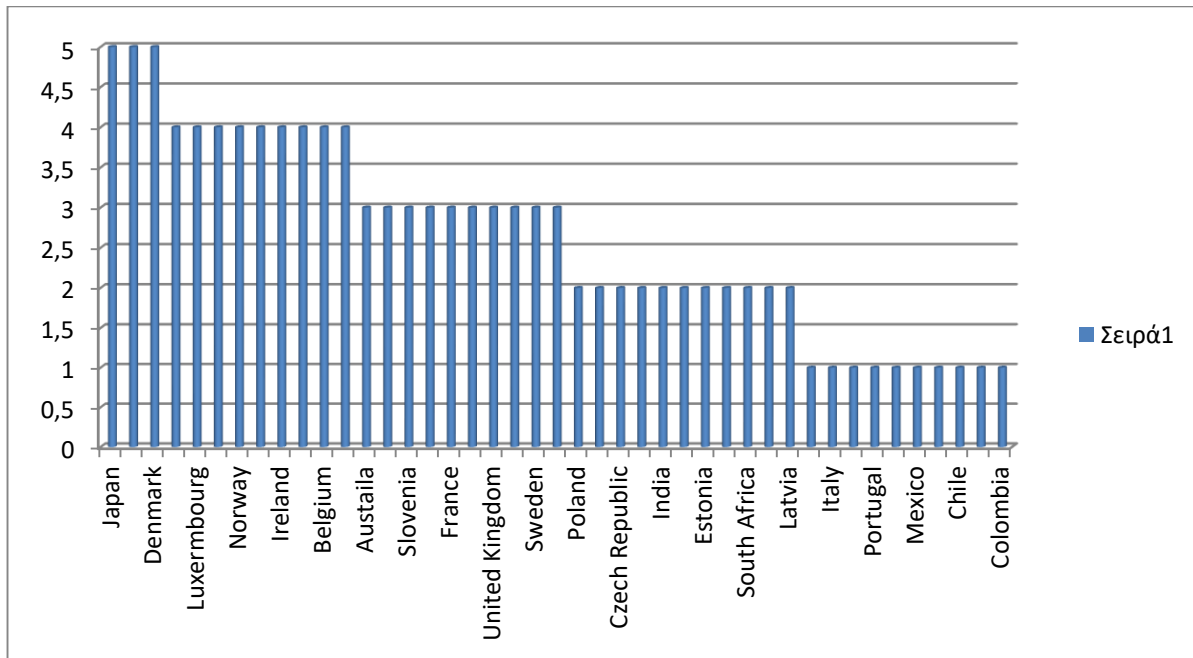
3) Στον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015



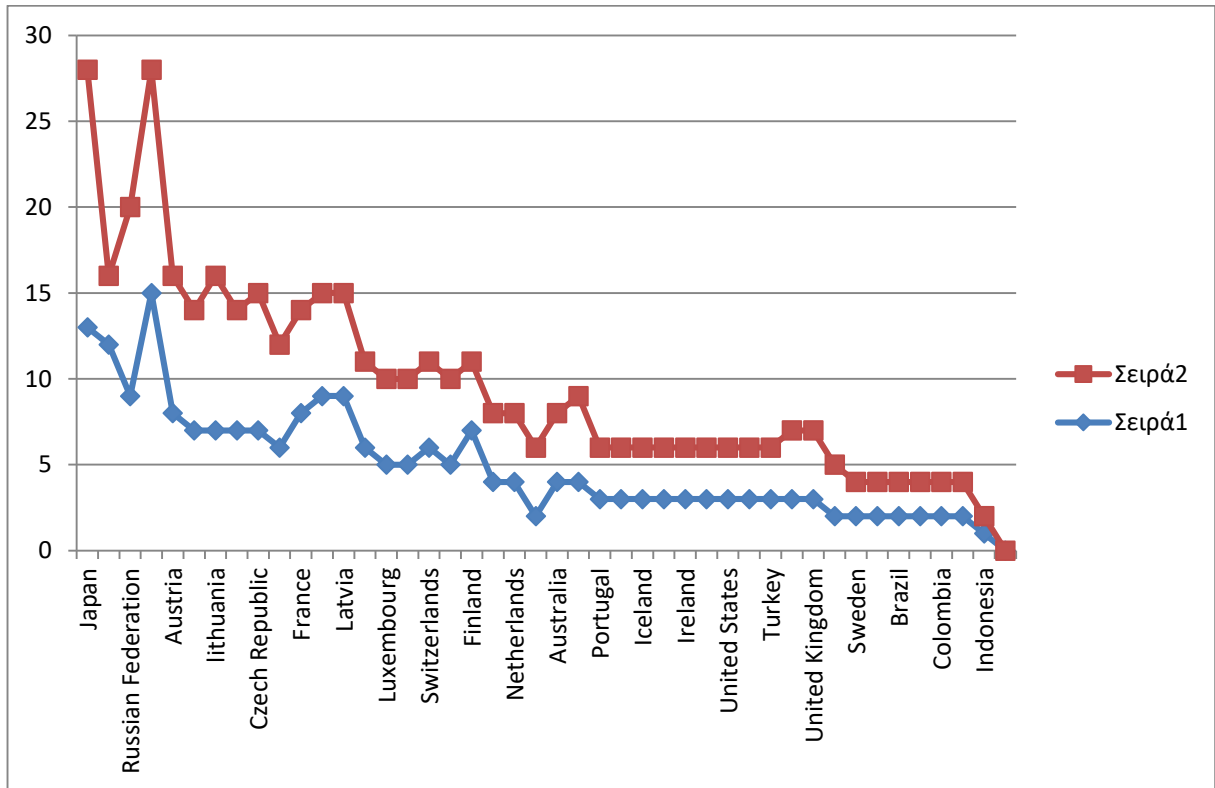
4) Στον αριθμό των νοσοκομείων ανά 1.000 κατοίκους για τα έτη 2000 και 2015



5) Στους νοσηλευτές ανά γιατρό για το έτος 2015



6) Στις νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους σε χώρες του ΟΟΣΑ για το έτη 2000 έως και 2015



(OECD- 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Ιστορική ανασκόπηση

Μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της πορείας της νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υγείας, από το τέλος του β' παγκόσμιου (1945) ως και σήμερα, μας αποκαλύπτει τις παλινωδίες, τις ελλείψεις και τις αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας, που συνδέονται, βέβαια, καταλυτικά με την πολιτική ιστορία και τη διαχείριση των οικονομικών του κράτους.

Στο διάστημα 1983- 1989 εφαρμόστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και έγινε μια προσπάθεια αποκέντρωσης, σχεδιασμού και ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η προσπάθεια ήταν σημαντική χωρίς όμως να αξιοποιήσει αποτελεσματικά την εφαρμογή αντίστοιχων τακτικών σε άλλες χώρες.

Η μετά Ε.Σ.Υ. εποχή, από το 1990 έως σήμερα, χαρακτηρίζεται από την εισήγηση νόμων που διαπνέονται από την ανάγκη ο πολίτης να παίρνει υπηρεσίες βάσει της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και να διατηρεί παράλληλα το δικαίωμα επιλογής. Εδώ ο ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων εφαρμόζεται πια και στην Ελλάδα.

4.2 Άλμα- Άτα και Αστάνα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) προσδιορίστηκε, το 1978 στην Άλμα- Άτα, ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών είναι και η φροντίδα αυτών και παρέχεται με πλήρη συμμετοχή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας. Ως κεντρικό σημείο αναφοράς και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους

χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».

4.3 Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από:

- I. Τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τα περιφερειακά ιατρεία
- II. Τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) που μετονομάζονται σε κέντρα υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.
- III. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.
- IV. Τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των οργανισμών τοπικής Αυτοδιοίκησης
- V. Από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά και λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Σε αγροτικές περιοχές ιδρύθηκαν τα κέντρα υγείας (Ν. 1397/83). Στελέχη των Κ.Υ. είναι οι γιατροί, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, καθώς και το ανάλογο, σύμφωνα με τον γενικό πληθυσμό, νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Έτσι ο αγροτικός πληθυσμός μπόρεσε να έχει πρόσβαση σε πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες ΠΦΥ.

Το ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας), επίσης, παρέχει άμεση εξυπηρέτηση σε ασθενείς που έχουν ανάγκη διαμετακομιδής στο πλησιέστερο νοσοκομείο και άμεση ιατρική φροντίδα στους πολίτες. Η κεντρική του υπηρεσία είναι στην Αθήνα, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχουν σε όλες τις επαρχίες της Ελλάδας παραρτήματα του ΕΚΑΒ. (nestor.teipel.gr)

Η ΠΦΥ, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, εξελίσσεται ανάλογα με τα οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών, ενώ βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, ιατρικές και βιοϊατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία. Αντιμετωπίζει ζητήματα υγείας στην κοινότητα, ενώ παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Περιλαμβάνει την εκπαίδευση, μεθόδους πρόληψης και ελέγχου των προβλημάτων αυτών. Προωθεί την παροχή τροφής και ορθής διατροφής. Στόχος της είναι η

παροχή νερού και στέγης, η φροντίδα της μητρότητας, των παιδιών, η βοήθεια στον οικογενειακό προγραμματισμό, καθώς και η επίτευξη ανοσοποίησης στα κύρια λοιμώδη νοσήματα. Με την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων βοηθάει στον προσδιορισμό της κατάλληλης θεραπείας.

Περιλαμβάνει, κάθε τομέα της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης (γεωργία, κτηνοτροφία, τρόφιμα, βιομηχανία, εκπαίδευση, πολιτικές στέγασης και δημόσια έργα). Απαιτεί συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις. Κάνει χρήση των πόρων, προωθώντας την κοινοτική και ατομική συμμετοχή στο σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο της ΠΦΥ.

Αναπτύσσεται με ενιαία και υποστηρικτικά συστήματα, που οδηγούν στη βελτίωση της υγείας για όλους, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Στηρίζεται, σε επαγγελματίες υγείας που έχουν τα κατάλληλα προσόντα για να εργαστούν ως ομάδα και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας. (www.inhealthcare.gr, 3/6/21)

4.4 Νομοθετικές ρυθμίσεις

Η εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Ν. 1397/1983, χρονολογία που δημιουργήθηκε το ΕΣΥ. Η ΠΦΥ καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού στους Έλληνες υπηκόους και αλλοδαπούς. Ανεγέρθηκαν και λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας.

Ο Ν. 1471/1984 αναφέρεται στη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών.

Ο Ν. 815/1984 προβλέπει το πρόγραμμα Ψυχαργός για τον εκσυγχρονισμό της ψυχικής νόσου και την αποϊδρυματοποίηση, σύμφωνα με τον κανονισμό της ΕΟΚ.

Ο Ν. 1579/1985 πρόσφερε ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. Το άρθρο 12 με τον όρο «κέντρο υγείας» χρησιμοποιείται αποκλειστικά από το υπουργείο υγείας. Το άρθρο 13 αναφέρεται στην παροχή ΠΦΥ.

Ο Ν. 1759/1988 αναφέρεται στην ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων και προβλέπει τη βελτίωση της κοινωνικής και ασφαλιστικής προστασίας.

Ο Ν. 2071/1992 προβλέπει τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, τη διεύρυνση της έννοιας της ΠΦΥ με τον καθορισμό πλέγματος υπηρεσιών και της νομικής μορφής του. Παροχή ΠΦΥ από ιδιωτικές και δημόσιες μονάδες.

Ο Ν. 2194/1994 αναφέρεται στην αποκατάσταση του ΕΣΥ και περιλαμβάνει και άλλες διατάξεις. Τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού.

Ο Ν. 2345/1995 προβλέπει οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας.

Ο Ν. 2519/1997 αναφέρεται στην ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ανάπτυξη της ΠΦΥ στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία δικτύων ΠΦΥ και τη σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού.

Ανάπτυξη με το Ν. 2646/1998 του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα).

Ο Ν. 2716/1999 αναφέρεται στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ο Ν. 2889/2001 βελτίωσε και εκσυγχρόνισε το ΕΣΥ με στελέχωση, οργάνωση και παροχές υπηρεσιών υγείας. Δημιούργησε 17 ΠεΣΥ, μετέτρεψε τα νοσοκομεία σε αποκεντρωμένες μονάδες και εφάρμοσε το θεσμό του Διοικητή- Μάνατζερ.

Ο Ν. 2920/2001 προβλέπει την ίδρυση του σώματος επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).

Ο Ν. 2955/2001 αναφέρεται στις προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕΣΥΠ.

Σύμφωνα με το Ν. 3106/2003 έχουμε την αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.

Σύμφωνα με το Ν. 3172/2003 έχουμε την οργάνωση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, σχεδιασμό, προστασία και προαγωγή της υγείας και προάσπιση αναγκών διαφόρων ομάδων.

Ο Ν. 3204/2003 αναφέρεται στον διορισμό και την αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού και τον καθορισμό θεμάτων από ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων), ΟΚΑΝΑ (Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών), ΚΕΕΛΠΙΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων), ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας).

Ο Ν. 3209/2003 δημιούργησε τις ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Ο Ν. 3235/2004 προβλέπει την παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ, την οργάνωση κέντρων υγείας, τον οικογενειακό και προσωπικό γιατρό. Θεσπίζει την ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες.

Ο Ν. 3329/2005 καταργεί τις ΠΕΣΥΠ και τις αντικαθιστά με ΔΥΠΕ, δημιουργώντας υγειονομικές περιφέρειες.

Ο Ν. 3370/2005 αναφέρεται στη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ιδρύει το κέντρο ελέγχου πρόληψης νοσημάτων ΚΕΕΛΠΙΝΟ.

Με το Ν. 3527/2007 χωρίστηκε η ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες.

Ο Ν. 3852/2010, με το πρόγραμμα Καλλικράτης, όρισε μια σειρά αρμοδιοτήτων των ΔΥΠΕ και των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας να υπάγονται στην ευθύνη του Δήμου με διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο Ν. 3918/2011 διαμορφώνει ενιαίο και δημόσιο σύστημα ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών υπό τον ΕΟΠΥΥ. Λειτουργική ενοποίηση όλων των υπαρχουσών μονάδων.

Ο Ν. 4238/2014 προσδιορίζει το ΠΕΔΥ, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας.

Ο Ν. 4272/2014 αντιμετωπίζει τις ρυθμίσεις μεταμοσχεύσεων, ψυχικής υγείας και αναπαραγωγής.

Ο Ν. 4316/2014 αναφέρεται στην ίδρυση του Εθνικού Παρατηρητηρίου Άνοιας, στα περιγεννητικά κέντρα στα νοσοκομεία και στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού.

Ο Ν. 4486/2017 μεταρρυθμίζει την ΠΦΥ και ιδρύει ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας). Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουμε πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Εισάγεται και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

(πηγή: Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Γιανασμίδης Α. Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου)

4.5 Οι υπηρεσίες ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ αποτελούνται από τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρα- παιδιού, την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα, την παροχή

επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική και Ορθοδοντική Φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής, υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της τομεοποίησης, της ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του ΕΣΥ ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομέακης συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.

(Σχέδιο Νόμου- Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναρτήθηκε στις 11/4/2017)

4.6 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα

Τα ειδικά χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα είναι τα εξής:

α) Κρατική παρέμβαση. Αυτή εκδηλώνεται με τα πτυχία τα αναγνωρισμένα από το κράτος με τα κρατικά ταμεία, με την έγκριση νέων θεραπευτικών μεθόδων και με τις ιατρικές δαπάνες που εκπίπτουν από το φορολογητέο εισόδημα.

β) Αβεβαιότητα. Αυτή αφορά και τους ασθενείς και τον ιατρό και σχετίζεται με τις εξετάσεις, την υιοθέτηση νέων επεμβάσεων, τη φαρμακευτική αγωγή κ.ά..

γ) Ασύμμετρη πληροφόρηση. Αυτή προκύπτει από την διαφορά στην πληροφόρηση που έχει ο ιατρός πάνω σε ένα ιατρικό θέμα και την πληροφόρηση που έχει ο ασθενής.

δ) Εξωτερικές επιδράσεις και έντονη παρέμβαση της κοινωνικής ασφάλισης, μέσω της οποίας πληρώνεται η υπηρεσία της υγείας. Χαρακτηριστική ιδιαιτερότητα στον τομέα της Υγείας είναι αυτή που έχει σχέση με την υπηρεσία των «εξωτερικών επιδράσεων», δηλαδή το γεγονός ότι η παραγωγική ή καταναλωτική δραστηριότητα μιας ομάδας επηρεάζει ουσιαστικά τις συνθήκες παραγωγής ή κατανάλωσης άλλων ομάδων, χωρίς να καταβάλλεται οικονομικό αντάλλαγμα.

ε) Η έλλειψη ευαισθητοποίησης σε θέματα κόστους δημιουργεί ανελαστική ζήτηση. Δεν μεταβάλλεται η ζήτηση, ενώ μπορεί να μεταβάλλεται η τιμή του προϊόντος.

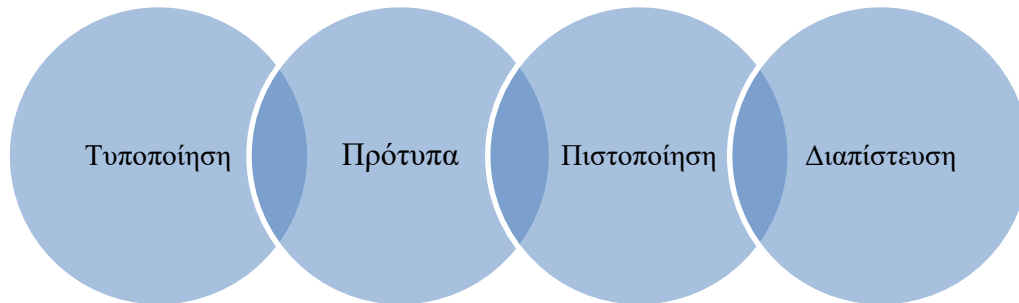
στ) Όσο μεταβάλλεται η τεχνολογία παραγωγής, μεταβάλλεται ραγδαία και η αγορά.

ζ) Αύξηση των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή προκύπτει από τη δημογραφική γήρανση, τη πολυφαρμακία, τον σύγχρονο τρόπο ζωής, τη βελτίωση της τεχνολογίας, την εισαγωγή της βιο-ιατρικής τεχνολογίας, την εφαρμογή της ιατρικής και την αντιμετώπιση της ασθένειας στα Νοσοκομεία, την εμφάνιση νέων ασθενειών, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη μεγάλη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Στις μη ανεπτυγμένες χώρες οι λόγοι αύξησης των δαπανών υγείας προκύπτουν από τις χρόνιες παθήσεις, την εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλειας και την προσφυγή νοσηλείας στο εξωτερικό.

Στη χώρα μας αυξάνουν οι δαπάνες υγείας, επειδή δε συνδέεται, όπως πρέπει, η ΠΦΥ με τη δευτεροβάθμια υγεία και επειδή απουσιάζουν σύγχρονες οικονομικό-διαχειριστικές μέθοδοι σε μικρό επίπεδο. (www.mednet.gr>archives>pdf)

ΣΧΗΜΑ 1: Η αλυσίδα εννοιών για τη διασφάλιση ποιότητας



(Κωσταγιόλας et al 2008)

π.χ. αγορά μάσκας. Πρέπει να είναι τυποποιημένη, από συγκεκριμένο εργοστάσιο, να καλύπτει συγκεκριμένες προδιαγραφές μέσα από συγκεκριμένη έρευνα.

Η μέθοδος RADAR (Results- Αποτελέσματα, Approach- Προσεγγίση, Deployment- Εφαρμογή, Assessment & Review) αποτελείται από τέσσερα στοιχεία. Ένας άριστος οργανισμός, με βάση τον κύκλο “Σχεδιάζω - Κάνω - Ελέγχω - Δρω”, θα πρέπει:

- Να εξετάζει τις τάσεις που επικρατούν και, βάσει της πολιτικής και στρατηγικής του, να προσδιορίζει πόσο επιτυχή είναι τα αποτελέσματα των στόχων του.
- Με τις κατάλληλες μεθόδους τεχνικές ή εργαλεία να βρίσκει τις σωστές μεθόδους που θα τον οδηγήσουν στο καλύτερο αποτέλεσμα.
- Να προσεγγίζει τις μεθόδους με τον σωστό τρόπο ώστε να πετυχαίνει την ανάπτυξη.
- Να αναθεωρεί, να επαναξιολογεί όλα τα παραπάνω για να βρίσκει συνεχώς τρόπους βελτίωσης. (www@uom.gr)

4.7 Ποιότητα & Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος της ομάδας υγείας.

Η ποιότητα και το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, αλλά και σε όλες τις χώρες, εξαρτάται και από τον τρόπο που λειτουργεί η ομάδα υγείας. Γενικά μια ομάδα αποτελείται από γιατρούς ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής, από Νοσηλεύτη/-τρια, Επισκέπτη/-τρια Υγείας, Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν Οικογενειακό γιατρό, ένα Νοσηλεύτη ή Επισκέπτη Υγείας και έναν

διοικητικό υπάλληλο. Ως Ομάδα Υγείας θεωρείται και η συγκροτούμενη με βάση τη διαδικασία του άρθρου 106 του Ν. 4461/2017 Τοπική Ομάδα Υγείας.

(Σχέδιο Νόμου- Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναρτήθηκε στις 11/4/2017)

Πολλοί επιστήμονες έδωσαν διάφορους ορισμούς για την ομάδα υγείας. Η ανάγκη προσδιορισμού των χαρακτηριστικών της ομάδας υγείας και του εντοπισμού των λόγων πιθανής δυσλειτουργίας της μας δείχνει πόσο σημαντική είναι η ύπαρξή της, καθώς και η καλή συνεργασία προς όφελος του ασθενούς.

Η επίτευξη καλού συντονισμού και αποδοτικότητας, εκ μέρους της ομάδας, είναι συχνά δυσχερές, λόγω του διαφορετικού γνωσιολογικού επιπέδου, των διαφορετικών αρμοδιοτήτων, των διαφορετικών αντιλήψεων κ.λπ.. Επειδή όμως ο στόχος είναι κοινός, η συντονισμένη και επωφελής δράση όλων για τον ασθενή, για αυτό και χρειάζεται να υπάρχει στα μέλη της ομάδας εμπιστοσύνη, σεβασμός και απόλυτη συνεργασία. Το κάθε μέλος της ομάδας οφείλει να επιδιώκει το καλύτερο αποτέλεσμα στο χώρο της αρμοδιότητάς του με σεβασμό και σαφή οριοθέτηση των άλλων αρμοδιοτήτων.

Καλό είναι, από το σύνολο της ομάδας, να υπάρχει τακτικός έλεγχος και διαπίστωση της αποτελεσματικότητας της συνολικής προσφοράς της, οι αντιπαραθέσεις να γίνονται σε επίπεδο πολιτισμένο, με σαφήνεια να λύνονται οι διαφωνίες και να υπάρχει διευθέτηση των ιατρικών αρχείων ώστε να τεκμηριώνεται η ορθή χρήση των θεραπευτικών ενεργειών.

Η όσο γίνεται καλύτερη λειτουργία και συντόνιση της ομάδας υγείας μειώνει το κόστος θεραπείας και φέρνει γρηγορότερα και καλύτερα αποτελέσματα για τον ασθενή, αποσυμφορεί το σύστημα, ελευθερώνει χώρους και πρόσωπα και κινεί ομάλα τη διαδικασία της θεραπείας, μειώνοντας παράλληλα το χρόνο αναμονής των επόμενων εξεταζόμενων ή ασθενών. Βασικός και αρχικός κρίκος σε όλη αυτή τη διαδικασία είναι η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Η ΠΦΥ, έχοντας στο κέντρο της προσοχής της τον άνθρωπο, διαπνέεται από αίσθημα δικαιοσύνης, παρέχοντας το δικαίωμα στην υγεία σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, εθνικότητα, εισόδημα κ.λπ..

Αποδείχθηκε, από μελέτες, ότι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή με εγκεφαλικό, γέροι, που είχαν φροντίδα σε γηριατρική μονάδα από διεπιστημονική ομάδα, είχαν γρηγορότερη ανάρρωση, λιγότερες ψυχολογικές επιπτώσεις και μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας.

Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη πρέπει να έχει τα κάτωθι χαρακτηριστικά και να υπηρετεί συγκεκριμένους ρόλους:

1. Να είναι ξεκάθαρος ο ρόλος της, με ξεκάθαρες αρμοδιότητες και να εξυπηρετεί συγκεκριμένους σκοπούς, που να είναι νομοθετικά κατοχύρωμένοι από την κεντρική εξουσία.
2. Να αποτελείται από κατάλληλο ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και εργατικό προσωπικό που να εξυπηρετεί τις πραγματικές ανάγκες. Όταν προκύπτουν νέες ανάγκες να μπορεί να προσαρμόζεται με κατάλληλη επιμόρφωση.
3. Να υπάρχει σύστημα επικοινωνίας με τους τοπικούς φορείς και την τοπική αυτοδιοίκηση, έτσι ώστε να ενημερώνεται και να εξυπηρετεί τις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας. Οι προτάσεις, που γίνονται από τους φορείς και την τοπική αυτοδιοίκηση, να μπορούν να υλοποιηθούν με τις κατάλληλες διαδικασίες και να μην είναι αναποτελεσματικός ο ρόλος τους.
4. Να γίνεται αξιοποίηση της εθελοντικής προσφοράς σε θέματα αλληλεγγύης και κοινωνικής προσφοράς εργασίας, εφόσον αυτό είναι δυνατό με προκαθορισμένους όρους και ρόλους. (nestor.teipel.gr)

Διαφορά ερμηνείας όρων- ΠΦΥ & ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ:

- ΠΦΥ > Προστασία και Προαγωγή υγείας του πληθυσμού > Σύνολο του πληθυσμού
- ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ > Διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών > Άτομα που νοσούν ή έχουν νοσήσει και δεν απαιτείται η εισαγωγή και η παραμονή στο νοσοκομείο. (Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>- δια ζώσης επικοινωνία με κύριο Γ. Πιερράκο στις 30/10/2020)

Για την καλύτερη λειτουργία μιας ομάδας ΠΦΥ καλό είναι να ακολουθούνται οι επόμενες αρχές:

- ❖ Η επικέντρωση στο συμφέρον του ασθενούς.
- ❖ Η εξασφάλιση εύκολης και επαρκούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- ❖ Ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη και η αποτελεσματική επικοινωνία των μελών της ομάδας της ΠΦΥ.
- ❖ Ο προσδιορισμός σκοπού και στόχων με ακρίβεια.
- ❖ Η εξασφάλιση επαρκούς χρόνου για την ομαλή συνεργασία των μελών της ΠΦΥ.
- ❖ Η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οικονομική υποστήριξη και η αποτελεσματική ηγεσία.

Στρατηγικές ΠΦΥ:

- ❖ 1. Μείωση κοινωνικού αποκλεισμού.
- ❖ 2. Μείωση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία.
- ❖ 3. Ανάπτυξη βιώσιμων Συστημάτων Υγείας.
- ❖ 4. Ανάπτυξη αειφορίας.

(Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>- δια ζώσης επικοινωνία με κύριο Γ. Πιερράκο, 30/10/2020)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

1. ΕΣΥ		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ		
ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΑ		ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΑ ΑΛΛΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ
3. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ		
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ		ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
4. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		
ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΙ	ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΙ	ΙΔΙΩΤΙΚΑ

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΜΕ
ΕΝΑ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ
ΤΑΜΕΙΑ

ΧΩΡΙΣ
ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ
ΚΕΝΤΡΑ
ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

(Eclass.uoa.gr)

4.8 Κράτος και περιφερειακή ανάπτυξη

Στη μεταβιομηχανική κοινωνία, λόγω της γραφειοκρατίας και της ελλιπούς πληροφόρησης του πολίτη, υπήρξε το φαινόμενο μη συμμετοχής του ατόμου στην τοπική κοινωνία. Η αποκέντρωση ξεκίνησε στην αρχή της δεκαετίας του 1980 και κορυφώθηκε στην δεκαετία του 1990 σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Πολλά προβλήματα των πολιτών αντιμετωπίζονται σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Υπάρχουν δύο τύποι περιφερειακής πολιτικής: Η κλασική περιφερειακή πολιτική (εκ των άνω) και η αποκεντρωμένη- ενδογενής περιφερειακή πολιτική (εκ των κάτω). Η κεντρική περιφερειακή πολιτική χρειάζεται σε λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές και μπορεί να επεξεργαστεί το ζήτημα των περιφερειακών ανισοτήτων. Η αποκεντρωμένη περιφερειακή βρίσκεται πιο κοντά στην ανάλυση των τοπικών ιδιαιτεροτήτων και μπορεί να χειριστεί αποτελεσματικά τα τοπικά προβλήματα. Στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, σήμερα, συνυπάρχει η κρατική μέριμνα η προσωπική και η κοινωνική δράση.

Στη κεντρική περιφερειακή πολιτική επιχειρείται η μεσο-μακροπρόθεσμη εξισορρόπηση περιφερειακών ανισοτήτων. Στην αποκεντρωμένη περιφερειακή πολιτική, γίνεται κινητοποίηση τοπικής ανάπτυξης μικρο-μεσο-μακροπρόθεσμη. Στις αποκεντρωμένες πολιτικές επιχειρείται η κινητοποίηση τοπικών πρωτοβουλιών και η προσέλκυση εθνικών και ξένων επενδύσεων σε τοπικό επίπεδο. Με κύριο στόχο τη δημιουργία εκείνων των προϋποθέσεων που θα εξασφαλίσουν τις άριστες δυνατότητες επιλογής στους καταναλωτές πολίτες, στηρίζεται η αποκέντρωση των συγκεντρωτικών κυβερνητικών δράσεων και η διάσπασή τους σε μικρότερες δράσεις σε τοπικό επίπεδο, έτσι ώστε φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης να λειτουργούν αυτόνομα χωρίς παρέμβαση του εθνικού κράτους (James McGill Buchanan).

Συμπερασματικά, οι μεγάλες κοινωνικές διαφορές των πολιτών καθιστούν αναγκαία την τοπική αυτοδιοίκηση, από την οποία οι ασθενέστεροι πολίτες θα ζητήσουν την παροχή υπηρεσιών (A. Cawson- P. Saunders, 1983): Το τοπικό κράτος είναι ο χώρος έκφρασης της δημοκρατικής αντιπροσώπευσης, αυτό μπορεί να αναλαμβάνει πολιτικές εκπαίδευσης, στέγασης, κοινωνικές υπηρεσίες κ.λπ..

Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην τοπική αυτοδιοίκηση:

Το κοινωνικό κράτος στοχεύει στην παροχή αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης για κάθε πολίτη, εξασφαλίζοντας κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη, και προστασία όλων των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων. Σύμφωνα με το βασικό άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος: «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Το Σύστημα Πρόνοιας, επιμερίζεται στα: 1) Ελάχιστου Εισοδήματος με χρηματικές παροχές, προώθηση στην αγορά εργασίας και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, 2) Ανοικτής Κοινωνικής Φροντίδας με συμφιλίωση επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, πρόληψη του αποκλεισμού φτωχών οικογενειών, ανοικτή φροντίδα ατόμων ηλικιωμένων, ανοικτή φροντίδα ατόμων με αναπηρίες και ένταξη μεταναστών και 3) Μακροχρόνιας Φροντίδας με απο-ιδρυματοποίηση και σύνδεση νοσοκομειακής περίθαλψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι κυριότεροι λόγοι αποτυχίας του συγκεντρωτικού κράτους ήταν: η διόγκωση των δαπανών, ο συγκεντρωτισμός που οδήγησε στην αδυναμία ευελιξίας στην διοίκηση και η όξυνση των ανισοτήτων. Με στόχο την αναβάθμιση του ρόλου του τοπικού κράτους έγιναν αλλαγές για να αντιμετωπιστεί:

- Η διόγκωση της γραφειοκρατίας που δημιουργούσε ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών στις κοινωνικές υπηρεσίες.
- Η δυσκολία της πραγμάτωσης της αξίας της τοπικής δημοκρατίας με την ισότιμη συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων.
- Τα φαινόμενα δυσχερούς πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Προκλήσεις και Στόχοι για διασφάλιση «Κοινωνικής Ποιότητας»

Προκλήσεις	Στόχοι για διασφάλιση «Κοινωνικής Ποιότητας»
✓ Εξορθολογισμός δαπανών ✓ Βελτίωση Ποιότητας ✓ Αύξηση προσβασιμότητας	Οικονομική Ασφάλεια Κοινωνική Ένταξη και Συνοχή Αυτονομία των Τοπικών Κοινωνιών Ενδυνάμωση των Πολιτών

(<http://uniwa.gr>- δια ζώσης επικοινωνία με κύριο Χαρ. Πλατή, 13/11/2020)

Το πεδίο των υπηρεσιών- οργανισμών της υγείας έχει τεράστια σημασία και από οικονομική άποψη και από την άποψη του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται σε αυτό. Η ελληνική πολιτεία θα μπορούσε να έχει ως πρότυπα τη Μεγ. Βρετανία και τις Σκανδιναβικές χώρες.

4.9 Η διαχείριση των οικονομικών στην ΠΦΥ

Η σωστή λειτουργία της ΠΦΥ απαιτεί και έξοδα ανέγερσης κτηρίων, συντήρησης λειτουργικών δαπανών και μισθοδοσίας, τα οποία επωμίζεται η εκάστοτε κεντρική εξουσία, που καθορίζει ανάλογα με την πολιτική της βούληση και τις οικονομικές δυνατότητες.

Ο ρόλος της διοίκησης της ΠΦΥ είναι η έγκαιρη, ορθή και αναγκαία αξιολόγηση των λειτουργικών αναγκών, η οποία διοίκηση με προτάσεις προς την κεντρική εξουσία θα καθορίζει την εξασφάλιση των απαραίτητων κονδυλίων, στοχεύοντας πάντα στην καλή λειτουργία της κάθε μονάδας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4.10 Ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας

Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας στηρίζεται: α) στα κοινωνικά κινήματα και στις κατακτήσεις τους β) στη συσσώρευση κεφαλαίου και στην αξιοποίησή του και γ) στη διαπίστωση ότι το Κράτος Πρόνοιας ελέγχει και αποτρέπει τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων, κυρίως για τα αδύναμα κοινωνικά στρώματα.

«...Η διαδικασία της συνεχούς σύγκρισης και μέτρησης ενός οργανισμού με εκείνους τους οργανισμούς που θεωρούνται ηγέτες σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου με στόχο την συγκέντρωση πληροφοριών που θα βοηθήσουν τον οργανισμό να δραστηριοποιηθεί αναλόγως ώστε να βελτιώσει την απόδοσή του. Συνεχής μάθηση και συνεχής βελτίωση της αποδοτικότητας, της ανταγωνιστικότητας και της αποτελεσματικότητας συνολικά...»
(American Productivity and Quality Centre)

Η Εξισορροπημένη Μέτρηση Απόδοσης (Balanced Scorecard) έχει τους εξής άξονες: τον οικονομικό, τον πελατειακό, τον οργανωσιακό και τον άξονα μάθησης και ανάπτυξης.

Στον τομέα της υγείας πρέπει να υπάρχουν καθορισμένοι στόχοι με ισορροπία μεταξύ τους και ιεραρχική δομή- S.M.A.R.T. (Συγκεκριμένα- Specific, Μετρήσιμα- Measurement, Εφικτά- Achievable, Ρεαλιστικά- Realistic, Έγκαιρα- Time related), οι οποίοι υλοποιούνται από το ανθρώπινο δυναμικό.

(Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>, δια ζώσης με κύριο Πιερράκο στις 13/11/2020)

4.11 Οι αδυναμίες του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα διαπιστώνονται και από τους πολίτες που καταφεύγουν στα νοσοκομεία ή στα Κέντρα Υγείας και από ακαδημαϊκούς και από τα πορίσματα ειδικών εμπειρογνομόνων.

Αδυναμίες διαπιστώνονται από τη μικρή ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους. Διαπιστώνονται ελλείψεις στον εξοπλισμό και μη εκπαιδευμένο προσωπικό για την αξιολόγηση των στοιχείων και των ιατρικών φακέλων. Ακόμη δεν τηρούνται πάντα αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει εκπαιδευτεί πάνω σε προγράμματα ποιότητας και ποιοτικού ελέγχου και δεν υπάρχει μηχανισμός που να αξιοποιήσει τα παράπονα των ασθενών.

Ο χώρος που έχουν χτιστεί τα νοσοκομεία έχει επιλεγεί τυχαία και συχνά πολλά κτήρια χτίστηκαν για άλλο σκοπό και τελικά έγιναν νοσοκομεία. Η αναδιοργάνωση αυτών των κτηρίων δεν έγινε πάντα με τον κατάλληλο τρόπο.

Στα νοσοκομεία, γενικά, σήμερα υπάρχουν όργανα και μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας που έχουν αναβαθμιστεί λόγω της διάδοσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας αλλά στην Ελλάδα συχνά, όχι μόνο στο δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα, είναι ανεπαρκή ή παρωχημένα. Δεν γίνεται συχνά δημοσιονομικός έλεγχος και δεν υπάρχει σύγχρονος νοσοκομειακός προϋπολογισμός ώστε να υπάρχουν και τα οικονομικά κίνητρα για το προσωπικό. Ακόμη και το σύστημα λογιστικής, σε πολλά νοσοκομεία, είναι ξεπερασμένο.

4.12 Η σύνδεση ΠΦΥ και τοπικής αυτοδιοίκησης

Η σύνδεση της ΠΦΥ και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχει ιδιαίτερη σημασία, κυρίως για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, αναπηρίας, γηριατρικής και βοήθειας στο σπίτι εκτός από την προληπτική ιατρική, εμβόλια, διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις κ.λπ., οδοντιατρικό έλεγχο, θεραπείες κ.λπ.

Στις αγροτικές περιοχές κατοικεί το 30% του πληθυσμού περίπου. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες γιατρούς και διάφορα εργαστήρια.

Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί περίπου το 70% του πληθυσμού η ΠΦΥ παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλισμένων και από ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια. Με την ανυπαρξία αστικών κέντρων Υγείας ή Δικτύων ΠΦΥ και την ανυπαρξία του οικογενειακού γιατρού, κυρίως στα αστικά κέντρα περιορίζεται η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας έχουν τεράστια σημασία για νοσήματα, όπως τα ψυχιατρικά, γενικά οι αναπηρίες και η γηριατρική.

Στον τομέα των ψυχιατρικών νοσημάτων με τη σύγχρονη τάση της αποασυλοποίησης η έγκαιρη ανίχνευση της ψυχικής διαταραχής ή διαταραχής συμπεριφοράς, η παρακολούθηση και η θεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό μέσα στην κοινότητα εξασφαλίζει τεράστια οφέλη για τον ασθενή και για την ίδια την κοινότητα. Αυτά τα οφέλη είναι η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος και η μη απομάκρυνση του ασθενούς από το κοινωνικό του περιβάλλον. Αυτό έχει ως συνέπεια την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς, την αυτονόμησή του όσο γίνεται καλύτερα μέσα στην κοινότητα, σε ξενώνες ή οικοτροφεία, την εξοικείωση της ίδιας της κοινότητας με τις συγκεκριμένες νόσους και άρα τη μείωση του στίγματος και την ανάληψη των ευθυνών όλων απέναντι στο νοσήματα και στους νοσούντες, χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

Έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των πασχόντων μπορεί να αυξηθεί επειδή διαπιστώνεται γήρανση στον πληθυσμό, αύξηση της φτώχειας και της ανεργίας, της οικονομικής μετανάστευσης και των προφυγικών κυμάτων.

Οι μεγαλύτερες διαταραχές είναι οι καταθλιπτικές, με ποσοστό 12,5% και οι αγχώδεις, με ποσοστό 12%.

Οι ψυχικά νοσούντες με την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών, όπως τις τηλεφωνικές γραμμές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, μπορούν να έχουν επικοινωνία και άμεση ανίχνευση ή και φροντίδα στο πρόβλημά τους.

Η Ε.Ε. κάνει προτάσεις για εκπαιδευτικά προγράμματα της ΠΦΥ και επιμόρφωση πάνω στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ υστερεί και σε αυτόν τον τομέα.

Ένας άλλος ζωτικής σημασίας τομέας για την κοινότητα είναι εκείνος των ατόμων με φυσική ή από κάποιο ατύχημα αναπηρία. Δεν υπάρχει κοινότητα χωρίς ανθρώπους με αναπηρία, σωματική ή διανοητική. Χρέος λοιπόν της κοινότητας είναι να διαθέτει εκείνες τις δομές που θα βοηθούν τους ανθρώπους της στην καθημερινότητά τους και θα ανακουφίζουν τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους, σπάζοντας τα στερεότυπα, χωρίς αποκλεισμούς

και αγκαλιάζοντας τους συνανθρώπους της με τη μόνη βεβαιότητα που μπορεί να έχει το ανθρώπινο είδος για τη ρευστότητα των καταστάσεων και τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου. Έχουμε πόλεις και χωριά, επισκέψιμα αξιοθέατα κ.λπ. μόνο για αρτιμελείς. Έχουμε έναν κόσμο που από μόνος του διακρίνει και απορρίπτει.

Κέντρα αποκατάστασης, στελεχωμένα με φυσιάτρους, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.λπ. οφείλουν να έχουν όλες οι επαρχίες, εάν θέλουμε να μιλάμε για ποιότητα στην υγεία.

Η προοπτική μιας κανονικότητας και η ύπαρξη φροντίδας βοηθά τα άτομα με αναπηρία στην αποδοχή και από τον εαυτό τους και από την κοινότητα. Η ελληνική πολιτεία άφησε τα ιδιωτικά κέντρα να διαχειρίζονται το ζήτημα της αναπηρίας, με οικονομική εκμετάλλευση συχνά, εις βάρος του πολίτη. Από πληροφορίες που έδωσε ο Νικόλαος Ρούσος, φυσίατρος στο τμήμα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης στο Ασκληπιείο Βούλας, στη δημοσιογράφο Δήμητρα Αθανασοπούλου, στην εφημερίδα των Συντακτών στις 28-29 Σεπτεμβρίου του 2019 προκύπτει ότι έξω από την Αττική δεν υπάρχει φροντίδα για δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ), τα οποία δημιουργήθηκαν τη δεκαετία του '90 από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα, υπολειτουργούν ή δε λειτουργούν καθόλου, αφού παραμένουν, χωρίς στελέχη αν και διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό.

Σημαντικότατο είναι και το ζήτημα της Γηριατρικής που δεν μπορεί να αποσπαστεί από την τοπική αυτοδιοίκηση και τις δράσεις της ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο.

Ζούμε σε ένα κράτος με μεγάλο μέρος του πληθυσμού του σε μεγάλες ηλικίες, ένα κράτος γερόντων, που πολλοί από αυτούς είναι εγκαταλελειμένοι στα χωριά τους και περιμένουν στωικά το θάνατο ή επιβαρύνουν τα παιδιά, τους απογόνους και τους κληρονόμους τους με ίδιο κόστος και αμφίβολα αποτελέσματα.

Η γηριατρική εστιάζεται στη διαχείριση οξέων και χρόνιων νόσων και συνδρόμων, κυρίως σε ευπαθή ηλικιωμένα άτομα. Πρόσφατα έχει δοθεί έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών που σχετίζονται με την πρόοδο της ηλικίας.

Η πρόληψη στη γηριατρική στοχεύει στην καλύτερη σωματική, διανοητική και ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων με μέγιστο προσδοκώμενο την επιβίωση, την αυτονομία, αυτοεξυπηρέτηση και τη λειτουργικότητά τους. Οι πτώσεις και η οστεοπόρωση απειλούν τους ηλικιωμένους. Είναι απαραίτητη η καλή διατροφή και η φυσική δραστηριότητα.

Αυτά προϋποθέτουν ένα Κράτος Πρόνοιας που αγκαλιάζει τους πολίτες του σε όποιο μέρος κι αν βρίσκονται και μια ολιστική προσέγγιση μιας πολυπαθολογίας από τη γηριατρική επιστήμη μέσω της ΠΦΥ.

Φροντίδα μπορεί να προσφέρεται στους ηλικιωμένους με κατ' οίκον βοήθεια, στα γηροκομεία με το κατάλληλο προσωπικό κι ακόμη από τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα ΚΑΠΗ.

Ένα πολιτισμένο κράτος κι ένα κράτος που παρακολουθεί τις προσπάθειες προόδου, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στον τομέα της υγείας δεν εννοείται να αφήνει αφρόντιστους τους απόμαχους της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΟΦΕΛΗ

Η Ευρωπαϊκή αγορά έχει ως μοντέλο το Ευρωπαϊκό Βραβείο Επιχειρηματικής Αριστείας (European Foundation for Quality Management Award- EFQM). Αυτό απεικονίζει μια νέα Δυτικό Ευρωπαϊκή ταυτότητα διαχείρισης. Η οποία στοχεύει στην ικανοποίηση των εργαζομένων και σε συνδυασμό με την αντίληψη της κοινότητας της επιχείρησης καθορίζεται το μέτρο της ποιοτικής επίδοσης. Το μοντέλο EFQM βασίζεται στη λογική ότι τα αποτελέσματα ικανοποίησης των πελατών, των εργαζομένων και της κοινότητας επιτυγχάνονται μέσω της ηγεσίας, της πολιτικής, της στρατηγικής, των εταιρικών σχέσεων, των πόρων και των διεργασιών που οδηγούν στην Αριστεία των επιχειρηματικών αποτελεσμάτων. Το μοντέλο EFQM εστιάζει στην συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των επιπέδων ικανοποίησης των πελατών, των εργαζομένων και της κοινότητας. (dione.lib.unipi.gr)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ- ΣΚΕΨΕΙΣ:

Παραθέτω, συμπερασματικά, κάποιες γενικές σκέψεις που μου προκάλεσε η τρέχουσα πραγματικότητα, στο πλαίσιο πάντα της ευρωπαϊκής θεμελίωσης για ποιοτική διοίκηση- διαχείριση και εφαρμογή της Πρωτοβάθμιας Υγείας και ειδικότερα σε σχέση με τη χώρα μας.

Προγράμματα και σχέδια που αφορούν στην υγεία μπορεί να υπάρχουν πολλά και αξιόλογα. Το ζητούμενο είναι η υλοποίηση των προγραμμάτων και το περιθώριο ευελιξίας που έχει κάθε κράτος ώστε να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και στις τρέχουσες απαιτήσεις.

Είναι βέβαιο ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση βάζει ένα συνολικό θεμελιώδες πλαίσιο στον τομέα της υγείας, μέσα στο οποίο οφείλουν όλα τα κράτη- μέλη να κινηθούν. Ένα σύγχρονο παράδειγμα είναι στην προμήθεια και χορήγηση των εμβολίων. Η υλοποίηση όμως ενός προγράμματος έχει σχέση και με τις εφαρμοσμένες πολιτικές της κάθε χώρας.

Για παράδειγμα, στον ελλαδικό χώρο, δε φτάνει μια κυβέρνηση να έχει καλές προθέσεις, αλλά πρέπει να έχει και τους ανάλογους πόρους, τα τεχνικά μέσα, τις υποδομές και το προσωπικό για την υλοποίησή τους. Φάνηκε π.χ. ότι, στην Ελλάδα, κάτω από την πίεση της πανδημίας του covid- 19, παραγκωνίστηκε και υπολειτούργησε η αντιμετώπιση άλλων παθήσεων και προέκυψε ισχυρή η ανάγκη αναπροσαρμογής του όλου συστήματος.

Η Πρωτοβάθμια Υγεία, στην ελληνική επικράτεια, δεν μπόρεσε να αξιοποιηθεί πλήρως ή αποδείχθηκε ανεπαρκής στο να παίξει το ρόλο της. Η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων είναι το αιτούμενο αλλά με τις αναγκαίες προϋποθέσεις, όπως:

- Ο οικογενειακός γιατρός πρέπει να επιφορτίζεται με έναν λογικό αριθμό ασθενών ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί και να μην ακυρώνεται, εκ των πραγμάτων, ο ρόλος του.
- Η πληθώρα νησιών στον ελλαδικό χώρο καθιστούν την πρωτοβάθμια υγεία ιδιαίτερα αναγκαία. Σε ένα μικρό πληθυσμό ενός μικρού νησιού καθίσταται δυσχερής η ύπαρξη υλικοτεχνικής υποδομής και ο διορισμός και η στελέχωση με το κατάλληλο προσωπικό. Με ελικόπτερα και με τα μέσα της ναυσιπλοΐας λύνεται το πρόβλημα συνήθως. Αυτό έχει και υπέρ και κατά. Απλά περιστατικά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν επί τόπου χωρίς την ανάγκη διακομιδής, έστω και με το αγροτικό ιατρείο ή μια μικρή υποδομή, χωρίς το μεγάλο κόστος της ναύλωσης και κερδίζοντας χρόνο στην αντιμετώπιση του περιστατικού.
- Αντίστοιχα προβλήματα προκύπτουν και σε ορεινές περιοχές με μικρό αριθμό κατοίκων. Προκύπτει η ανάγκη άμεσης και συντονισμένης μετακίνησης προς το πλησιέστερο κέντρο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.
- Οι δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να καθορίζουν τις αρμοδιότητες και το ρόλο τους, έτσι ώστε, με τον κατάλληλο συντονισμό, να επιτυγχάνεται η μετακίνηση και η αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενούς.
- Ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε μια ορεινή περιοχή και στα μικρά νησιά θα δώσει τη δυνατότητα να αντιμετωπίζονται άμεσα τα προβλήματα, με μικρό κόστος και το επωφελέστερο αποτέλεσμα για τον ασθενή ή σε περίπτωση έκτακτων αναγκών, όπως

- σε πυρκαγιές, σε πλημμύρες, σε σεισμούς κ.λπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις αποκαλύπτεται πόσο αναγκαίος είναι ο συντονισμός δημόσιων υπηρεσιών και αρμοδιοτήτων, καθώς και η οικονομοτεχνική μελέτη για ένα πρόγραμμα εφαρμογής σε πανελλαδική κλίμακα.
- Η αξιοποίηση όλων των ηλεκτρονικών μέσων, ανάλογα με την εξέλιξη της επιστήμης, είναι ένα κεφάλαιο που, κατά καιρούς, απαιτεί αναπροσαρμογή. Σ' αυτή την περίπτωση, π.χ. της πανδημίας του covid- 19, πολλά ζητήματα λύθηκαν ηλεκτρονικά, όπως το ραντεβού για τα εμβόλια, οι άυλες συνταγογραφήσεις κ.α.. Ζητούμενο είναι η δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρως ενημερωμένο αρχείο του ασθενούς από οποιοδήποτε μέρος της Ελλάδας και φυσικά με τη νομική κάλυψη και προστασία των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς.
 - Μετακινούμενη μονάδα υγείας, πλήρως εξοπλισμένη και κατάλληλα εκπαιδευμένη, θα μπορούσε να εξυπηρετεί έκτακτες ανάγκες και να αντιμετωπίζει προβλήματα των προσφύγων και μεταναστών ή όπου προκύψουν απρόβλεπτες καταστάσεις, λόγω καιρικών συνθηκών ή άλλων φυσικών φαινομένων.
 - Η υγεία είναι εθνική υπόθεση, αφορά χωρίς διακρίσεις όλους τους ανθρώπους, είναι ανθρώπινο δικαίωμα και δεν τίθεται κάτω από οποιοδήποτε άλλο πρίσμα, κομματικό, πλουτισμού, συμφερόντων κ.λπ. παρά μόνο κάτω από το πρίσμα του απόλυτου σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και υγείας.
 - Η Πρωτοβάθμια Υγεία είναι η αρχή, κυρίως σε ζητήματα πρόληψης, απλών εξετάσεων και αντιμετώπισης ελαφρών περιστατικών. Η αρχή είναι το ήμισυ του παντός και με λάθος αρχή τα προβλήματα κλιμακώνονται και συχνά δεν λύνονται.

Οι αντιδράσεις της Ε.Ε. υπό την πίεση του covid- 19 (μια επικαιροποιημένη εκτίμηση για το ρόλο της Ε.Ε. ως προς τη θεμελίωση της ποιότητας της διαχείρισης στον τομέα της ΠΦΥ, όπως προκύπτει από τη στάση της κάτω από την πίεση της πανδημίας του covid- 19).

Οι κανόνες που διέπουν το υπάρχον Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης στις Ευρωπαϊκές χώρες δεν επέτρεψαν στην Ευρώπη να ανταποκριθεί απόλυτα ικανοποιητικά στην κρίση του covid- 19. Έτσι επιβάλλεται η ανάγκη αναπροσαρμογής αυτών των κανόνων.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσα από την κρίση της πανδημίας, αντιλήφθηκε ότι, λόγω τη παγκοσμιοποίησης (τουρισμός, μεταναστευτικό, διακίνηση πληθυσμών και ατόμων), δελύνεται ένα πρόβλημα σε επίπεδο κράτους ή και ενότητας κρατών αλλά σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτός είναι ο λόγος που η Ε.Ε. αποφάσισε να εξαγάγει εμβόλια που παράγονται στην επικράτειά της και να χρηματοδοτήσει την πλατφόρμα COVAX με 2,2 δισεκατομμύρια ευρώ, δίνοντας τη δυνατότητα προμήθειας 68.000.000 δόσεων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Επίσης, ενώ άλλες χώρες κράτησαν τα παραγόμενα εμβόλια για τον εαυτό τους, η Ευρώπη υπήρξε ο πρώτος παγκόσμια εξαγωγέας εμβολίων.

Η Ε.Ε. έχει αναλάβει την ευθύνη της προμήθειας των εμβολίων. Για μικρές χώρες και ιδιαίτερα για την Ελλάδα αυτή η ευρωπαϊκή πρωτοβουλία λειτούργησε προστατευτικά, την απάλλαξε από χρονοβόρες διαδικασίες προμηθειών, πιθανές αναβολές και διαγωνισμούς που πιθανόν θα αμφισβητούνταν και η νομιμότητά τους.

Ο Ευρωπαϊκός προβληματισμός στρέφεται και προς την εξεύρεση λύσεων που προβλέπουν όχι μόνο το εθελοντικό μοίρασμα των αδειών παραγωγής αλλά και υποχρεωτικές μορφές κοινής χρήσης αδειών, όταν προκύπτουν έκτακτες ανάγκες, όπως αυτές στον τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με πρόσφατη στατιστική έρευνα του ευρωβαρόμετρου, δημοσιευμένη στην εφημερίδα των Συντακτών, στις 3 Ιουνίου 2021, το 41% των Ελλήνων δηλώνει ικανοποιημένο από τα μέτρα που πήρε η Ε.Ε. για την πανδημία και μάλιστα το 84% δηλώνει ότι είναι ενήμερο.

Το 77% των Ελλήνων δηλώνει ότι η Ε.Ε. θα πρέπει να έχει περισσότερες αρμοδιότητες για την υγεία, μεγαλύτερο ποσοστό απ' τον μέσο όρο της Ευρώπης και μόλις το 21% όσων ερωτήθηκαν διαφωνεί.

Θεωρούν, εντούτοις, την αλληλεγγύη μεταξύ των κρατών- μελών, στη διάρκεια της πανδημίας, ανεπαρκή. Το 61% δηλώνει δυσαρεστημένο.

Τα παραπάνω μας δείχνουν το θετικό ρόλο μιας οικονομικής ολοκλήρωσης που φυσικά είναι και πολιτιστική και κυρίως ανθρωπιστική και τη δυναμική που έχει ώστε να βελτιώνεται και

να βελτιώνει στα κράτη- μέλη της τομείς ζωτικής σημασίας, όπως αυτός τη υγείας, παρέχοντας αναπροσαρμοζόμενες και όλο και πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στα κράτη- μέλη της, μη παραγνωρίζοντας την παγκόσμια διάσταση του τομέα της υγείας. Η κοινωνική ευαισθησία υπάρχει και ο συσχετισμός των πολιτικών δυνάμεων στο ευρωπαϊκό κοινοβούλιο μπορεί να καθορίζει το μέτρο αυτής της ευαισθησίας. Ζητούμενο είναι η πλέον ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση σε ευρωπαϊκό αλλά και σε κρατικό επίπεδο των ζητημάτων υγείας με την εξάλειψη των ανισοτήτων και την υπεράσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Η Ελλάδα, ως μέλος της Ε.Ε., ανήκει στη μεγάλη ευρωπαϊκή οικογένεια, επηρεάζεται από τις παγκόσμιες εξελίξεις και συγκυρίες και κάτω από αυτό το πρίσμα οφείλει να προσαρμόζεται και να σχεδιάζει την εθνική της πολιτική στο μεγάλο πυλώνα της δημοκρατίας, τον πυλώνα της υγείας. Σε έναν κόσμο που και στον 21^ο αιώνα σπαράσσεται από πολέμους, που δέχεται τα μεγάλα προσφυγικά κύματα, τις πανδημίες, που διαπιστώνει τις τραγικές συνέπειες των ανισοτήτων, που η αλληλεγγύη δεν δίνει προστασία και βοήθεια μόνο στους αδύναμους αλλά επιστρέφει ως προστασία και στους δυνατούς σε επίπεδο πραγματικό, θωρακίζοντάς τους από τα παγκόσμια δεινά αλλά και σε επίπεδο ηθικό, καταδειχνοτάς τους το ευτελές της ανθρώπινης οντότητας και την μοναδικότητα και αξία της προστασίας κάθε ζωής, σε έναν κόσμο που οφείλει να προστατεύει το φυσικό περιβάλλον και να μη φέρεται ως κυρίαρχος αλαζόνας, η επιλογή και η εφαρμογή των καλύτερων τακτικών και στρατηγικών στον τομέα της υγείας είναι επιταγή και στοιχείο πολιτισμού.

Η υιοθέτηση και η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα της Υγείας διαπερνά όλες τις δομές της, από το εκάστοτε υπουργείο υγείας και την τοπική αυτοδιοίκηση έως την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και απαιτεί ακριβή σχεδιασμό και μεγάλο συντονισμό ώστε να αποδώσει.

Το πρότυπο του EFQM είναι ένα πολύ καλό εργαλείο που με την πιστοποίηση, τη διαπίστευση, τους ελέγχους, την αξιολόγηση, την εκπαίδευση και τη διαρκή αναπροσαρμογή στα νέα δεδομένα μπορεί να οδηγήσει στην επιχειρησιακή βελτίωση και αρτιότητα όλες τις δομές του τομέα της υγείας, ξεκινώντας από την ΠΦΥ, που είναι το θεμέλιο για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προς όφελος του πολίτη και του ανθρώπου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση στη βάση Δομικών
στοιχείων και χωρών

Χώρες	Δανία	Μεγάλη Βρετανία	Φινλανδία	Ελβετία	Ολλανδία	Γερμανία
Δομικά στοιχεία						
Ρόλος Κεντρικής Κυβέρνησης	Περιορισμένος, συμβουλευτικός	Πολύ ισχυρός	Σχετικά αποκεντρωμένο	Ελεγκτικός	Σχεδιασμός, χρηματοδότηση, οργάνωση και δομές, εγκρίνει προγράμματα Υγείας	Ρυθμιστικός, κανονιστικός, θέτει το γενικό πλαίσιο
Βαθμός αποκέντρωσης	Σχεδόν πλήρης αποκέντρωση	Κανένας βαθμός αποκέντρωσης.	Μεγάλος βαθμός, κατανέμονται	Ελεύθερη αγορά	Αρκετά ψηλός, σε επίπεδο Ταμείων	Πολύ μεγάλος βαθμός αποκέντρωσης, σε όλα τα επίπεδα.
Χρηματοδότηση	Φορολογία- Τοπική -και εθνική	Κρατική Φορολογία	Κρατική Φορολογία	Κράτος- Ταμεία- Πολίτες	Κοινωνική ασφάλιση - ταμεία	Κοινωνική ασφάλιση - ταμεία
Πλήρης κάλυψη πληθυσμού	100%	100%	100%	100%	65%	90%
Κατάλογος αναγκών που καλύπτονται	Πλήρης	Ευρύς	Πλήρης	Πλήρης	Πλήρης	Αρκετή
Διαπραγματεύσεις Μεταξύ φορέων	Ετήσιες διαπραγματεύσεις- έλεγχος του κόστους	Μέσω κεντρικής Διοίκησης	Καθόλου διαπραγματεύσεις	Ενώσεις γιατρών των Καντονιών και Οργανώσεων Ταμείων υγείας	Ταμεία με γιατρούς και νοσοκομεία, ιδιωτικά συμφωνητικά	Διαπραγματεύονται
Στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού	Λίγος ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων	Πολύ λίγα	Καθόλου ανταγωνισμός	Ναι υπό όρους	Ναι υπό όρους	Ναι υπό όρους

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	Μικρής έκτασης, μονοπώλιο της Denmark, κυρίως συμπληρωματικά συμβόλαια	Το 15% του πληθυσμού έχει συμπληρωματική ασφάλιση	Σχεδόν ανύπαρκτη	Συμπληρωματική ασφάλιση για οδοντιατρική φροντίδα	1/3 του πληθυσμού	9% του πληθυσμού
Εισφορές πολιτών στα ταμεία	Δύο κατηγορίες ασφάλισης, η πρώτη πιο δημοφιλής	National Insurance Fund	Ναι, στο εσωτερικό του φορολογικού συστήματος υπάρχει το NSSI	Μόνο οι εργαζόμενοι. Ισότητα εισφορών	Ανάλογα με το εισόδημά τους, εργοδότες κι εργαζόμενοι	50% εργοδότης και 50% εργαζόμενος
Συνεισφορά ασθενών στο κόστος out-of-pocket	17% των δαπανών	Καμία σχεδόν συνεισφορά, μόνο σε εξειδικευμένες περιπτώσεις	25%, αλλά μετά τα παίρνουν πίσω	Περιορισμένη	Αρκετή	Πολύ μικρή, Ελάχιστη

	Δανία	Μεγάλη Βρετανία	Φινλανδία	Ελβετία	Ολλανδία	Γερμανία
Βαθμός ελευθερίας επιλογής γιατρού	Ανάλογα με το πρόγραμμα ασφάλισης	Ναι με γεωγραφικά κριτήρια	Πολύ μικρή ελευθερία	Ναι, όλοι οι γιατροί επιλέγονται Ελεύθερα	Μπορούν να αλλάξουν το γιατρό που έχουν επιλέξει	Ναι, ελευθερία επιλογής και των εξειδικευμένων Γιατρών
Ελευθερία πρόσβασης σε νοσοκομείο Επιλογής	Ναι, από το 1993	Όχι, μόνο μέσω των Γενικών Γιατρών	Μόνο στα Κέντρα Υγείας	Ναι, ελεύθερη πρόσβαση	Όχι, gatekeeping	Ναι, ελεύθερη πρόσβαση
Ικανοποίηση Ασθενών	Πολύ ψηλή	Πολύ χαμηλή	Ψηλή	Μέτρια	Ικανοποιημένοι οι 75%	Ψηλή
Χρόνος αναμονής	Μη ικανοποιητικοί χρόνοι.	Τεράστιος, πολύ μεγάλες λίστες αναμονής	Πολύ μικρός, 3 μέρες	Πολύ μικρός	Μεγάλος, ειδικά για ειδικότητες	Πολύ μικρός
Δικαιώματα ασθενών – Νομική κάλυψη	Ναι	1991, Patient Charter, όχι πολύ αναπτυγμένα δικαιώματα.	Πολύ καλή νομική προστασία, Medical Ombudsman	Ναι	Ναι	Όχι σαφώς διατυπωμένα
Γενικοί γιατροί ιδιώτες	Ναι, είναι Gatekeepers	Ναι, πολύ ισχυρός θεσμός	Όχι, υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας	Ναι	Ναι, είναι gatekeepers	Ναι, είναι αυτοαπασχολούμενοι
Αποζημίωση του Γενικού γιατρού	Fee-for-patient, Και fee-for-service	Ποσό ανά ασθενή που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του GP	Μισθός, fee-for-service, συνεισφορά ασθενών, δημοτική Επιχορήγηση	fee-for-service μόνο	Αμοιβή ανά ασθενή που έχει ασφαλιστεί	Μισθός και fee-for-service, με προϋπολογισμό που κατανέμεται
Ομάδες γενικών γιατρών	Ναι, σύγχρονη τάση	Ναι, οι PGRs,	Δεν υπάρχουν καθόλου	HMO και δίκτυα	Ναι, οι μισοί περίπου έχουν ομαδικά ιατρεία	Όχι
Μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών προς όφελος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Ναι, σύγχρονη τάση	Ναι, με έμφαση στις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Ναι, outpatient clinics	Όχι, καθόλου. Μεγάλος αριθμός κρεβατιών	Ναι, σύγχρονη τάση	Όχι, οι δύο τομείς λειτουργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	Χαμηλές δαπάνες και μειώνονται συνεχώς, 8%.	Πάρα πολύ χαμηλές, 6.8%	Χαμηλές δαπάνες 7.4%	Πολύ ψηλές δαπάνες, 10%.	Σχετικά χαμηλές 8.5%	Πάρα πολύ ψηλές δαπάνες, 10.7%
Διασφάλιση ποιότητας	Ναι	Ναι, το «Νέο ΝΗΣ», Commission For Health Improvement.	Μικρή εφαρμογή οδηγιών	Μεμονωμένες περιπτώσεις, LORAS Project	Ναι, πολύ εντυπωσιακή	Ναι

(Συγκρότηση του πίνακα σύμφωνα με στοιχεία από το Reforming the Health Sector, J. Böcken, M. Butzlaff, A. Esche, Bertelsmann Foundation Publishers, Gutersloh 2001, www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/669.pdf στις 18/6/2020)

ΣΧΟΛΙΑ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Από την μελέτη του πίνακα 4, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- 1) Τα αναφερόμενα κράτη έχουν υψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα σε σχέση με την Ελλάδα.
- 2) Ο βαθμός αποκέντρωσης είναι σχετικά μεγάλος, με συνέπεια ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης να είναι περιορισμένος.
- 3) Η βασική χρηματοδότηση γίνεται κυρίως από την φορολογία και λιγότερο από τα ταμεία.
- 4) Υπάρχει πλήρης κάλυψη του πληθυσμού σε θέματα υγείας.
- 5) Γίνονται διαπραγματεύσεις του κράτους με τους φορείς.
- 6) Υπάρχει ανταγωνισμός, σύμφωνα με τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς.
- 7) Η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη.
- 8) Η συνεισφορά των ασθενών είναι μικρή έως περιορισμένη με δυνατότητα επιλογής γιατρού και ελεύθερη πρόσβαση στα νοσοκομεία.
- 9) Ποικίλλει η ικανοποίηση των πολιτών και ο χρόνος αναμονής, ενώ καλύπτονται τα δικαιώματά τους.
- 10) Οι γενικοί γιατροί καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών που προσφεύγουν στην Πρωτοβάθμια Υγεία, με αμοιβές κυμαινόμενες και επιτυγχάνεται σχετική μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, με σχετικά χαμηλές δαπάνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ- INTERNET

Ελληνική:

- Αμίτσης Γαβρ., (2014), *Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Γούλα Ασπ., (2007), *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*, Ελληνική Πραγματικότητα και Πρακτική, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Γούλα Ασπ., (2014), *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ. (2003) *Τα Οικονομικά της Υγείας*, εκδόσεις Δαρδάνος, Αθήνα.
- Μπουραντάς Δ., (2005), *Ηγεσία*, εκδόσεις Κριτική.
- Μιχαρικόπουλος Δ., Αμίτσης Γ., (2005), *Καινοτομικά Μοντέλα Οργάνωσης της Εργασίας & Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Μαλισσός Κ., (1984), *Παραγωγικότητα- Αντιπαραγωγικότητα*, εκδόσεις Gutenberg.
- Ζαβλανός Μ., (2002), *Οργανωτική Συμπεριφορά*, εκδόσεις Σταμούλης.
- Κέφης Β., (1998), *Το Μάνατζμεντ των Δημοσίων Επιχειρήσεων & Οργανισμών*, εκδόσεις Interbooks.
- Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Γιανασμίδης Α. Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου
- Nestor.teipel.gr
- psra.uoa.gr
- ebooks.edu.gr
- www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd
- <http://euretirio.com>
- Eclass/ <http://healthcare-management.uniwa.gr>
- Σούλη Σ., (2021): Δια ζώσης επικοινωνία στις 15 Ιανουαρίου.

- Νάτσης Μ., (2020): Δια ζώσης επικοινωνία στις 30 Οκτωβρίου.
- Πιερράκος Γ., (2020): Δια ζώσης επικοινωνία στις 30 Οκτωβρίου, 13 Νοεμβρίου.
- Σεπετής Α., (2020): Δια ζώσης επικοινωνία στις 20 Νοεμβρίου.
- Πλατή Χαρ., (2020): Δια ζώσης επικοινωνία στις 13 Νοεμβρίου.
- Γκικόκα Β., (2020): Προσωπική επικοινωνία στις 10 Αυγούστου.
- Γούλα Ασπ., (2020, 2019): Δια ζώσης επικοινωνία στις 12 Μαΐου του 2020.

Ξένη:

- www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/669.pdf (Συγκρότηση του πίνακα 4)
- slideplayer.gr
- slideshare.net
- Economistas.gr
- pergamos.lib.uoa.gr
- www.siswo.uva.nl
- Dspace.lib.uom.gr
- Hellenic Open University
- Dione.lib.unipi.gr
- Platonova E., et al (2006), *Study of the Relationship Between Organizational Culture and Organizational Outcomes Using Hierarchical Linear Modeling Methodology*, Management Health Care, Vol. 15, No 3, pp. 200-209.
- Batt R., (2002), *Managing customer services, human resources practices, quit rates and sales growth*, Academy of Management Journal, 45, 3, 587-597.
- Guest E., (1994), *Organizational psychology and human resource management: towards a European approach*, European Work and Organizational Psychologist, 4, 3, 251-270.
- Scopus (Elsevier), Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA), The Directory of Open Access journals (DOAJ), Google Scholar, SHERPA/RoMEO, International Sociological Association (ISA).

- OPENAIRE: Open Access Infrastructure for Research in Europe (EC-DG INFORMATION SOCIETY and MEDIA), European Website of Integration, Econbiz database.
- www.scribd.com
- www.digilib.lib.unipi.gr
- www.mednet.gr/archives/pdf, www.mednet.gr/externals/wow/tinymce/source
- Medline/ PubMed
- www.ekdd.gr
- www.qualityinhealth.gr
- Qualityroom.gr
- University of West Attica
- Docplayer.gr
- Frederick University
- Athens Metropolitan College
- Hellenic Academic Libraries Link
- Cyprus Academic Library Consortium
- Repository.kallipos.gr/bitstream/00_master_document
- Ejournals.epublishing.ekt.gr
- www.anavathmisi.gr
- www.weeklytelecom.gr
- Athens University of Economics and Business
- Ec.europa.eu
- Users.sch.gr
- www.did-hosp.gr
- www.hri.org
- www.isarkadias.gr
- www.tovima.gr
- www.tripolis.gr
- Books.google.com
- www.eipa.eu

- knowledgebridges.gr
- <http://www.qualityinhealth.gr>
- www.vima-asklipiou.gr
- OECD, 2017
- IATE, e- glossary, www.alpa.org, www.openup.co.uk

ΠΑΡΑΤΙΘΕΝΤΑΙ:

- ❖ **4 ΠΙΝΑΚΕΣ** (σελίδες: 29-30- **ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Διαφορές μεταξύ Κλασικού Μάνατζερ και Συστημικού Ηγέτη, σελίδα: 72-73- **ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, σελίδα: 75- **ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Προκλήσεις και Στόχοι για διασφάλιση «Κοινωνικής Ποιότητας», σελίδες: 86-89- **ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση στη βάση Δομικών στοιχείων και χωρών).
- ❖ **2 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ** (σελίδα: 18- **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:** Τα στάδια του κύκλου του *Shewhart*, σελίδα: 27- **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:** Το μοντέλο επιχειρηματικής Αριστείας, σελίδα: 57-60- **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3:** Έξι διαγράμματα με πηγή την *OECD- 2017*).
- ❖ **1 ΣΧΗΜΑ** (σελίδα: 69- **ΣΧΗΜΑ 1:** Η αλυσίδα εννοιών για τη διασφάλιση ποιότητας).