

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

Η διαδικασία ανάλυσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας.

ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΑΜ: 20068

Επιβλέπων

Καθηγητής Σωτήριος Σούλης

Αθήνα, Απρίλιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

The process of analysing the effectiveness and efficiency of hospital units

MICHAILIDOU EIRINI

Registration Number: 20068

Supervisor:

Pr. Sotirios Soulis

Athens, April 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Η διαδικασία ανάλυσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας.

ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΑΜ: 20068

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Σωτήριος Σούλης	Καθηγητής	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Αναπ. Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μιχαηλίδου Ειρήνη του Θεοδώρου, με αριθμό μητρώου 20068 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και 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 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



*** ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ ΣΟΥΛΗΣ**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)**

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με το ζήτημα της διαχρονικής ανάλυσης και αποτελεσματικότητας αλλά και αποδοτικότητας μιας δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας και ολοκληρώθηκε μέσα από οκτώ κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρθηκε στην αξιολόγηση στο χώρο υγείας κάνοντας αναφορά στα συστήματα υγείας και πώς αυτά αξιολογούνται ποιοτικά, οικονομικά και σε θέματα παραγωγικής διαδικασίας. Επίσης λόγος έγινε για τους δείκτες μέτρησης αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου μέσα από την αποτελεσματικότητα, την επάρκεια και την αποδοχή. Το δεύτερο κεφάλαιο εξέτασε τα κριτήρια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας, τη διαδικασία αξιολόγησής τους, και το σκοπό, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά και τη διάκριση των δεικτών.

Στη συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο κατέγραψε τα συστήματα υπηρεσιών υγείας στον Ελλαδικό χώρο αλλά και Διεθνώς. Αναφέρθηκε η κρίση των συστημάτων υγείας, τα μοντέλα και τα συστήματα υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο. Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολήθηκε με την παρουσίαση των δεικτών για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στο ελληνικό σύστημα υγείας και την ποιότητα στο χώρο, καθώς και στην αξία της υπηρεσίας γενικότερα και την ικανοποίηση των ασθενών. Έπειτα το πέμπτο κεφάλαιο εστίασε στην αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα υγειονομικά συστήματα. Το έκτο εστίασε στη χρήση δεικτών προκειμένου να γίνεται η μέτρηση ποιότητας του νοσοκομειακού έργου στην Ελλάδα. Το έβδομο κεφάλαιο κατέγραψε τη μεθοδολογία της έρευνας, μέσα από την οποία περιγράφηκε ο τρόπος που θα ακολουθηθεί ώστε να ολοκληρωθεί η έρευνα. Το όγδοο κεφάλαιο, έκανε ανάλυση άρθρων και συγκρίσεις με άλλα άρθρα και τέλος, η εργασία έκλεισε με τα συμπεράσματα.

ABSTRACT

The present study addressed the issue of long-term analysis and effectiveness as well as efficiency of a public hospital unit and was completed through eight chapters. More specifically, the first chapter referred to the evaluation in the field of health, referring to the health systems and how they are evaluated qualitatively, economically and in terms of production process. It also mentioned the indicators measuring the efficiency of the hospital work through effectiveness, adequacy and admission. The second chapter examined the evaluation criteria of health systems, their evaluation process, and the purpose, quality characteristics and distinction of indicators.

Then the third chapter recorded the health service systems in Greece and internationally. The crisis of health systems, models and health systems in Europe were also reported. The fourth chapter dealt with the presentation of indicators for measuring the quality of hospital work, making special reference to the Greek health system and the quality in the field, as well as the value of the service in general and patient satisfaction. Then the fifth chapter focused on the need for measurement indicators in health systems. The sixth chapter focused on the use of indicators in order to measure the quality of the hospital work in Greece. The seventh chapter presented the research methodology, through which the method used to complete the research was described. The eighth chapter presented an analysis of articles and comparisons with other articles and finally, the study was completed with the conclusions.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω τον καθηγητή μου κ Σούλη Σωτήριο του οποίου η συμβολή υπήρξε καθοριστική για την διεξαγωγή των μεταπτυχιακών σπουδών μου και την εκπόνηση της μελέτης, με την προσωπικότητα και τις γνώσεις του. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τον διδάσκοντα του ΠΜΣ κ. Νάτση Χρυσόστομο για την παρότρυνση, τα σχόλια και την αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχε. Τέλος οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υποστήριξη και την κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vi
ABSTRACT	vii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	viii
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1^ο Αξιολόγηση στο χώρο της υγείας	6
1.1 Συστήματα υγείας και αξιολόγηση	6
1.2 Ποιοτική αξιολόγηση	7
1.3 Οικονομική αξιολόγηση	8
1.4 Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης	9
1.5 Αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας	12
1.5.1 Εκτίμηση εισροών (inputs)	12
1.5.2 Εκτίμηση διαδικασίας (process)	13
1.5.3 Εκτίμηση των εκροών του συστήματος (outputs)	13
1.5.4 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων (outcomes)	13
1.5.5 Κλινική εκτίμηση	14
1.6 Δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου	14
1.6.1 Αποδοτικότητα	17
1.6.2 Αποτελεσματικότητα, επάρκεια, αποδοχή	17
1.7 Η αναγκαιότητα εκτίμησης του ελληνικού συστήματος υγείας	18
Κεφάλαιο 2^ο Τα κριτήρια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας	22
2.1 Βασικά κριτήρια αξιολόγησης	22
2.2 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης	24
2.3 Διαδικασία και στάδια αξιολόγησης	26

2.4 Σκοπός των δεικτών _____	26
2.5 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών _____	27
2.6 Διάκριση δεικτών _____	28
Κεφάλαιο 3: Συστήματα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς _____	35
3.1 Η κρίση στα συστήματα υγείας – Προβλήματα και ανάγκη αξιολόγησής τους _____	35
3.2 Μοντέλα και συστήματα υγείας στην Ευρώπη _____	37
3.3 Πίνακας κατάταξης των Ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων. _____	40
3.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας. _____	42
Κεφάλαιο 4^ο Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου _____	43
4.1 Ποιότητα στο χώρο της υγείας _____	43
4.1.1 Ελληνικό σύστημα και ποιότητα υγείας _____	46
4.1.2 Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή _____	60
4.1.3 Κύκλος ποιότητας _____	63
4.1.4 Κύκλοι Ποιότητας «Quality Control Cycles – QCC» _____	64
4.1.5 Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου _____	64
4.1.6 Νοσοκομειακοί Δείκτες ποιότητας _____	65
4.1.7 Δείκτες που αφορούν το Νοσηλευτικό τμήμα _____	66
4.1.8 Δείκτες που αφορούν τον Κλινικό Φάκελο _____	67
4.1.9 Δείκτες ποιότητας Μεθοδολογίας ιατρικού φακέλου _____	67
Κεφάλαιο 5^ο Αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας _____	69
5.1 Αξιολόγηση συστημάτων υγείας _____	69
5.2 Αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας _____	71

Κεφάλαιο 6^ο Χρησιμοποίηση δεικτών για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου στην Ελλάδα	75
6.1 Μέτρηση της αποδοτικότητας	75
6.1.1 Δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείων στην Ελλάδα	75
6.2 Μέτρηση της ποιότητας	78
Κεφάλαιο 7^ο Μεθοδολογία της Έρευνας	80
7.1 Συστηματική Ανασκόπηση	80
7.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των άρθρων	81
7.3 Παρουσίαση ταυτότητα άρθρων.	82
Κεφάλαιο 8^ο Ανάλυση των άρθρων	877
8.1 Ανάλυση βάση βιβλιογραφικών αναφορών	87
8.2 Ανάλυση βάσει νομοθετημάτων αναφορά στην Ελλάδα	900
8.2.1 Διοικητική διαχείριση και αναβάθμιση της υγείας	900
8.2.2 Οργανωτικές αλλαγές και συγχωνεύσεις	91
8.2.3 Συσχέτιση με οδηγίες σε παγκόσμιο επίπεδο	94
8.2.4 Αλλαγές και εκσυγχρονισμός του θεσμικού πλαισίου της Ελλάδας, στο τομέα της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας	95
8.3 Σύγκριση με έρευνες	97
Συμπεράσματα	99
Βιβλιογραφία	104

Εισαγωγή

Η υγεία ορίζεται «ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και ως εκ τούτου υποδηλώνει μια ξεκάθαρη αυτόνομη αξία, καθώς προάγει την ισορροπία και την όμοια στάση στα συστήματα κάθε ανθρώπου. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η σημασία της καλής υγείας κατοχυρώνεται στην 3η αρχή («καλή υγεία και ευημερία») των δεκαεπτά (17) Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs), που αποτελούν την Ατζέντα 2030 (Unido, 2016).

Η υγεία, εκτός από την αυτονόητη και αδιαμφισβήτητη πολύτιμη αξία της για τον άνθρωπο, επηρεάζει και την παραγωγικότητα της εργασίας. Η σωματική και πνευματική ετοιμότητα δυνητικά την ενισχύει (όλοι οι άλλοι παράγοντες διορθώνονται), αφού διασφαλίζει την ενέργεια και τη διαθεσιμότητα ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο δεν περιορίζεται από τα εμπόδια που αποδίδονται στην ασθένεια.

Ως αποτέλεσμα, το Οικονομικό Φόρουμ του Νταβός περιλαμβάνει την υγεία ως έναν από τους δώδεκα πυλώνες που αποτελούν τον Παγκόσμιο Δείκτη Ανταγωνιστικότητας (GCI) που μελετά και δημοσιεύει κάθε χρόνο (από το 1979) για 141 χώρες παγκοσμίως. Η υγεία και οι δεξιότητες αποτελούν το ανθρώπινο κεφάλαιο, που είναι μία από τις τέσσερις ομάδες παραγόντων που διαμορφώνουν το σύνθετο GCI, κατασκευάζεται ετησίως για καθεμία από αυτές τις χώρες για να τις ταξινομεί σύμφωνα με την κατάταξη ανταγωνιστικότητάς τους (WEF, 2016). Η εκτίμηση του παράγοντα αντίκτυπου των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην οικονομική ανάπτυξη και την ανθεκτικότητα των οικονομιών παγκοσμίως, έχει ενισχυθεί σημαντικά μετά την νέα κατάσταση που δημιούργησε η πανδημία Covid-19. Επηρέασε σοβαρά αλλά όχι συμμετρικά όλες τις περιοχές του κόσμου, αλλάζοντας σε μεγάλο βαθμό τις προοπτικές κάθε μεμονωμένης οικονομίας και κοινωνίας τα επόμενα χρόνια.

Λόγω του ζωτικού του ρόλου για την ανθρώπινη ευημερία, οι συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του GDP το 2017 ανήλθαν σε ουσιαστικό 9,9% κατά μέσο όρο στην EU (στη Γερμανία και τη Γαλλία 11,3%) και στο 8,0% στην Ελλάδα. Υπάρχει υποχώρηση από το υψηλό του 9,9% που πέτυχε η Ελλάδα το 2010, λόγω της οικονομικής κρίσης που μείωσε τις δαπάνες για την υγεία μετά τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην οικονομία. Την περίοδο αυτή, τα πολυάριθμα δημόσια ταμεία ασφάλισης υγείας τέθηκαν υπό τον έλεγχο ενός μοναδικού οργανισμού (που ονομάζεται ΕΟΠΥΥ) το 2011 και η εξέλιξη αυτή επιδείνωσε περαιτέρω τη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Όλες αυτές οι εξελίξεις συνέβαλαν ώστε οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για την Ελλάδα να είναι κατά μέσο όρο μόλις 1.348 €, ενώ για τα υπόλοιπα μέλη της EU ήταν 2.887 € αντίστοιχα και για τη Σουηδία ήταν 5.200 € το 2018 (Eurostat, 2019).

Το «συμπληρωματικό καθεστώς του ιδιωτικού τομέα δεν αμφισβητείται πλέον», αν και μπορεί να εμποδίσει τη δίκαιη πρόσβαση όλων των πολιτών (Siskou et al., 2008). Μόνο το 60% περίπου των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από το δημόσιο, έναντι σχεδόν 80% κατά μέσο όρο, στις υπόλοιπες χώρες της EU (OECD, 2018). Το 2017, το μεγαλύτερο μέρος (42%) των συνολικών δαπανών στη χώρα κατευθύνθηκε σε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, υποδεικνύοντας τον ζωτικό ρόλο των νοσοκομείων ως τη ραχοκοκαλιά ολόκληρου του κλάδου.

Υπό το πρίσμα όλων των προαναφερθέντων εξελίξεων, ιδιαίτερα κατά την τελευταία δεκαετία, η καλύτερη κατανόηση της απόδοσης των νοσοκομείων είναι ένα κρίσιμο βήμα προόδου για τη διασφάλιση της βέλτιστης κατανομής των ανεπαρκών πόρων του κλάδου. Με τη μείωση της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνης στην Ελλάδα, αυξάνεται η αναζήτηση για πιο αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των υφιστάμενων πόρων δαπανών για την υγεία. Είναι πιο σημαντικό ειδικά

για χώρες όπου η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα είναι υψηλή και εντατικοποιημένη (όπως συμβαίνει στην Ελλάδα) για να καλύψει το κενό που δημιουργεί η ελλιπής δημόσια χρηματοδότηση, ενώ η ζήτηση και το κόστος σε έναν τόσο ευαίσθητο κλάδο αυξάνονται σταθερά.

Η γήρανση του πληθυσμού απαιτεί μεγαλύτερη ένταση υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, ενώ ταυτόχρονα οι δαπάνες για νέες τεχνολογίες και φάρμακα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη αυξάνουν τη ζήτηση για πρόσθετη χρηματοδότηση (Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας, 2019).

Η ανάλυση αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει προσελκύσει σημαντικό ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της κλιμάκωσης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και των δημοσιονομικών περιορισμών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) υποστηρίζει την ανάπτυξη συστημάτων χρηματοδότησης που θα επιτρέπουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες σε όλους τους ανθρώπους που δικαιούνται, χωρίς να υφίστανται αφόρητο βάρος να πληρώσουν γι' αυτές. Η WHO ενθαρρύνει το σχεδιασμό συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που θα προστατεύουν τους άπορους από την υποχρέωση να πληρώσουν για υπηρεσίες, αναγνωρίζει το σχεδόν ανυπέρβλητο καθήκον να βρεθούν οι κατάλληλες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος και τονίζει την ανάγκη βέλτιστης χρήσης των διαθέσιμων πόρων (WHO, 2010).

Μια πρόσφατη καναδική μελέτη *Comparing Performance of Universal Health Care Countries* χρησιμοποιεί 43 δείκτες, που αντιπροσωπεύουν τέσσερις ευρείες κατηγορίες που αναφέρονται σε: διαθεσιμότητα, χρήση και πρόσβαση σε πόρους πόρων, καθώς και στην ποιότητα και την κλινική απόδοση (Barua et al., 2020). Jacobs et al. (2006) δηλώνουν ότι «η αποτελεσματικότητα έχει γίνει κεντρικός στόχος των υπευθύνων χάραξης πολιτικής στα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης».

Ταυτόχρονα, το πρόγραμμα Value-Based Purchasing (VBP) στις ΗΠΑ, επιβραβεύει τα νοσοκομεία για την παροχή αποτελεσματικής, καλής ποιότητας και επικεντρωμένης στον ασθενή φροντίδας (Turner et al., 2015). Αυτό το πρόγραμμα μόνους δημιουργεί «ισχυρότερα κίνητρα που θα βελτίωναν τη σύνδεση μεταξύ αποτελεσματικότητας και κερδοφορίας (Rosko et al., 2020). Η «ενσωμάτωση σχεδίων ποιότητας και οικονομικής διαχείρισης μπορεί να αποδειχθεί πολύ επωφελής για τα νοσοκομεία» (Bernes et al., 2017).

Διαπιστώθηκε ότι «η καλή εμπειρία ασθενών συνδέεται με υψηλότερη κερδοφορία του νοσοκομείου» σύμφωνα με την Deloitte (2016), η οποία διερευνά την αξία της εμπειρίας των ασθενών. Η αποτελεσματικότητα, η ποιοτική περίθαλψη και η οικονομική βιωσιμότητα των νοσοκομείων συνδέονται στενά και η αξία της ευνοϊκής εντύπωσης των ασθενών για τη θεραπεία που τους προσφέρεται. Η ικανοποίηση των ασθενών αντανακλάται είτε στη μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες (ποσοτικά) είτε σε υψηλότερες τιμές που καταβάλλονται. Και τα δύο ενισχύουν το ποσό των συνολικών εσόδων και των ταμειακών ροών από τις δραστηριότητες (και τα κέρδη ως αποτέλεσμα).

Η Ενδιάμεση Αξιολόγηση του τρίτου προγράμματος της EU για την υγεία (2014-2020) των έργων που ανέλαβαν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφαρμόστηκαν κριτήρια όπως συνάφεια, συνοχή, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και προστιθέμενη αξία. Όλα αυτά τα βήματα μπορούν να θεωρηθούν ως μέρη που ενσωματώνουν την ακόλουθη λογική ενός ολοκληρωμένου συστήματος αξιολόγησης.

Τα έργα που αποτελούν ολόκληρο το τρίτο πρόγραμμα πρέπει να είναι συναφή και συνεκτικά, ώστε να προωθείται η αποτελεσματικότητα, μέσω της στρατηγικής που τα συνδέει οργανικά. Εάν επιπλέον τα έργα υλοποιηθούν αποτελεσματικά, τότε δημιουργείται αξία. Η έκθεση εξηγεί ότι τα κατάλληλα έργα είναι εκείνα που ικανοποιούν τις υπάρχουσες ανάγκες και προκλήσεις, εκπληρώνοντας αυτούς τους στόχους με

συνεκτικό τρόπο που διευκολύνουν τις συνέργειες για την προώθηση της αποτελεσματικότητας. Επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση μιας πιο στρατηγικής και ολιστικής μεσοπρόθεσμης προσέγγισης, με συμμετοχή από τις χώρες μέλη της ένωσης και με εξασφάλιση συγχρηματοδότησης.

Η διαθεσιμότητα των απαραίτητων πόρων σε μακροοικονομικό επίπεδο καθορίζεται από τις συνολικές δαπάνες, οι οποίες συνήθως παρουσιάζονται ως ποσοστό του GNP (και της κατά κεφαλήν δαπάνης) της εμπλεκόμενης χώρας. Σε μικροεπίπεδο, η διαθεσιμότητα πόρων μπορεί να συσχετιστεί με το συνολικό επενδυμένο κεφάλαιο και το κόστος του προσωπικού που απασχολείται σε νοσοκομειακό επίπεδο. Η χρήση αυτών των πόρων από την άλλη, η πρόσβαση σε αυτούς, η ποιότητα της κλινικής απόδοσης καθορίζουν το ύψος των αρχικών εσόδων και τις Ταμειακές Ροές από Λειτουργίες (CFFO) των ιδιωτικών νοσοκομείων. Αυτές είναι τέσσερις μεταβλητές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια, για την αξιολόγηση της απόδοσης των ιδιωτικών νοσοκομείων με συνεπή και παραγωγικό τρόπο. Αντιπροσωπεύει μια επέκταση της αξιολόγησης των δημόσιων νοσοκομείων για τη φροντίδα των επιμέρους χαρακτηριστικών τους, διατηρώντας ακέραιο το κύριο ορθολογικό.

Η χρηστή οικονομική διαχείριση και η ποιοτική φροντίδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και απτές ενδείξεις (αν όχι αποδείξεις) της βέλτιστης κατανομής πόρων. Η αυστηρή τήρηση αυτών των παραγόντων που σχετίζονται με την απόδοση τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών ταμείων, υποδηλώνει ότι οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας βρίσκονται στη σωστή τροχιά και δεν χάνουν το δύσκολο ταξίδι που ακολουθεί.

Κεφάλαιο 1^ο Αξιολόγηση στο χώρο της υγείας

1.1 Συστήματα υγείας και αξιολόγηση

Το υγειονομικό Σύστημα θεωρείται ένας από τους κυριότερους μοχλούς ανάπτυξης του κοινωνικοοικονομικού μας συστήματος, όπου η σχεδίαση, η επέκταση και η ανάπτυξη του βασίζεται στις αρχές της επιστημονικής διαχείρισης και του υγειονομικού σχεδιασμού, με απώτερο σκοπό τη δίκαιη δράση του. Μια εθνική πολιτική υγείας βασίζεται σε πρότυπα και κανονισμούς που διέπουν την παροχή, και την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, ούτως ώστε να διασφαλίζεται και να βελτιώνεται η ποιότητά του. Στη χώρα μας έχει αναπτυχθεί αργά με την πάροδο του χρόνου και οδηγήθηκε από την ανάπτυξη της κοινωνίας και του ανθρώπινου δυναμικού, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, αλλά χωρίς ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχου (Κωνσταντοπούλου 2021) . Η σημασία της εκτίμησης ορίζεται ως η εκτίμηση της αξίας ενός ατόμου ή προγράμματος με συγκεκριμένα κριτήρια. Αναφορικά με τους Leger, Schieden και Walsworth Bell (1992), η εκτίμηση είναι μια κριτική εκτίμηση που διασφαλίζει ότι οι περισσότερες εργασίες (διαγνωστικά πειράματα, θεραπείες) εκτελούνται αναφορικά με τους προτεινόμενους στόχους (Leger Ass. et al., 1992). Κατά την εκτίμηση της υπηρεσίας υγείας, συχνά εξετάζονται οι συγκεκριμένοι στόχοι της υπηρεσίας και η ορθότητα της μεθοδολογίας για την επίτευξη αυτών των στόχων. Φαίνεται ότι αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης δομής για την αντιμετώπιση αλλαγών στην πολιτική υγείας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των δημοσίων ομάδων. Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας χωρίζεται στην ποιότητα, τη σειρά και το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών.

1.2 Ποιοτική αξιολόγηση

Η εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας ή των προγραμμάτων υγείας, όπως το Donabedian, είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί σε τέσσερα διαφορετικά επίπεδα όπως περιγράφεται στο παρακάτω διάγραμμα:

ΕΙΣΡΟΕΣ → ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ → ΕΝΔΙΑΜΕΣΕΣ ΕΚΡΟΕΣ → ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σχήμα 1.1: Επίπεδα εκτίμησης στο χώρο της υγείας (Donabedian).

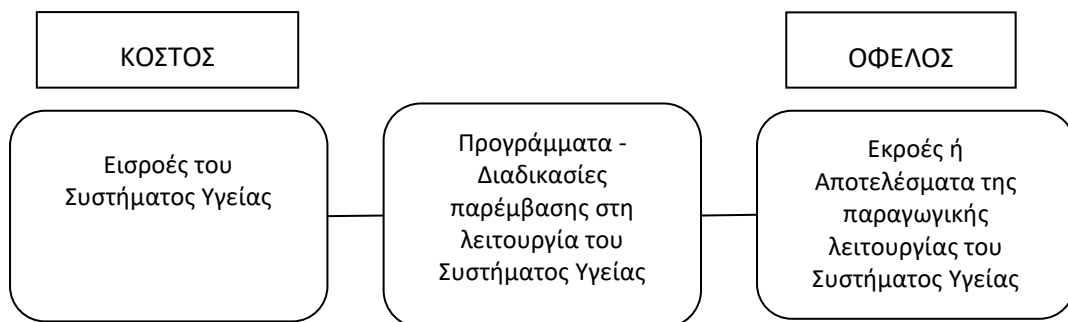
- Εκτίμηση εισροών. Ακολουθεί μια εκτίμηση των πόρων που παρέχονται. Στην περίπτωση του ανθρώπινου δυναμικού εξετάζεται η ποσοτική και ποιοτική τους δυνατότητα. Επιπλέον, εξετάζει τις προμήθειες, τον εξοπλισμό, το ποσό των δαπανών που χρησιμοποιήθηκαν κ.λπ.
- Εκτίμηση Διαδικασίας. Σε αυτό το στάδιο της εκτίμησης, γίνεται ολοκληρωμένη επισκόπηση των παρεχόμενων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Με άλλα λόγια, εξετάζει κατά πόσον οι διαδικασίες γίνονται για τον ασθενή από τότε που έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας μέχρι να φύγει.
- Εκτίμηση Ενδιάμεσων Λέξεων. Εδώ υπάρχει πολλή δουλειά και δραστηριότητα. Με άλλα λόγια, περιγράφει πώς χρησιμοποιούνται και λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας. Σε σύγκριση με τις εισροές που μετρούν την αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας υγείας.
- Εκτίμηση Αποτελεσμάτων. Ακολουθεί μια εκτίμηση της βελτίωσης της κατάστασης της υγείας ως αποτέλεσμα διαγνωστικών υπηρεσιών ή προγραμμάτων με τη βοήθεια δεικτών που υποδεικνύουν το επίπεδο θνησιμότητας, νοσηρότητας, υγείας και ψυχικής ευεξίας (Τούντας 2007), (Γεωργούση κα 1992)

Τα παραπάνω επίπεδα εκτίμησης καθορίζουν το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με ορισμένα προεπιλεγμένα πρότυπα. Για μια ακριβή και ουσιαστική

εκτίμηση αυτού του τύπου, πρέπει να χρησιμοποιούνται αξιόπιστα δεδομένα, τα οποία πρέπει να συλλέγονται σε ποικίλες μορφές και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να παρέχεται συγκρισιμότητα. Επιπλέον, η συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών, είναι ιδανική.

1.3 Οικονομική αξιολόγηση

Η χρηματοοικονομική εκτίμηση είναι μια μέθοδος που αναπτύχθηκε από οικονομολόγους για να βοηθήσει στην επιλογή μεταξύ διαφορετικών μεθόδων. Είναι σημαντικό ότι κάθε επιλογή ισορροπεί μεταξύ πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων (Εργαστήριο Οργάνωσης και Εκτίμησης Υπηρεσιών Υγείας. 2005)



Σχήμα 1.2: Οικονομική εκτίμηση (Σούλης 1999)

Επομένως, η οικονομική ανάλυση βοηθά να γίνει η καλύτερη επιλογή για αυτό που πρέπει να γίνει, λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση κόστους/οφέλους ως σημαντικό παράγοντα για την ευημερία ολόκληρης της κοινότητας.

Οι κυριότερες μορφές οικονομικής εκτίμησης είναι (Εργαστήριο Οργάνωσης και Εκτίμησης Υπηρεσιών Υγείας. 2005):

- 1 Ανάλυση κόστους-οφέλους

- 2 Ανάλυση κόστους-αποτελέσματος
- 3 Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας
- 4 Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους

Επομένως, μια πλήρης ανασκόπηση των υπηρεσιών υγείας θα δώσει την ευκαιρία να συλλεχθούν πληροφορίες και δεδομένα σχετικά με τη μείωση της θνησιμότητας, τη βελτίωση της νοσηρότητας, την επάρκεια των υπηρεσιών και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ασφάλεια και την αποτελεσματική παροχή κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης. Εντοπίζονται οι ελλείψεις και τα προβλήματα, οι δυνάμεις και οι αδυναμίες του Νοσοκομείου και φαίνεται πόσο είναι δυνατόν να βελτιώσει ή να μειώσει την ποιότητά του διαχρονικά και να γίνουν κατάλληλες ενέργειες για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

1.4 Γενικά περί δεικτών αξιολόγησης

Οι κοινοί δείκτες είναι οι μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση της αλλαγής. Οι δείκτες θα χρησιμοποιούνται από καιρό σε καιρό ανάλογα με το αντικείμενο της εκτίμησης . Εάν το αντικείμενο της εκτίμησης στοχεύει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού, χρησιμοποιούνται δείκτες για τη μέτρηση της αλλαγής στην κατάσταση υγείας, όπως ο βαθμός τροφής, η ικανότητα μάθησης, ο βαθμός της νόσου(Σούλης, 1999: 338). Οι δείκτες πρέπει να χαρακτηρίζονται από τέσσερα πράγματα: ακρίβεια, αξιοπιστία, γνώση και λεπτομέρεια. Μπορούν να μετρήσουν με ακρίβεια ό,τι φαίνεται, να δώσουν τα ίδια αποτελέσματα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τα χρησιμοποιούν, να γνωρίζουν τις αλλαγές σε γεγονότα και συνθήκες, να μάθουν έως ότου καταστεί δυνατό να μετρηθεί η αλλαγή στη συγκεκριμένη συνθήκη που είναι απομονωμένη. από το μάθημα. Είναι πολύ δύσκολο να διαχωριστούν τα κριτήρια εκτίμησης δεδομένου του αριθμού των

μετρήσεων που καλούνται να πραγματοποιηθούν. Κάθε τόσο, στη γεωγραφία και στην ελληνική λογοτεχνία, έχει γίνει αυτή η δουλειά.

Ο ΠΟΥ έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε 5 βασικές κατηγορίες (Σούλης, 1999): (Βλέπε Πίνακες)

Πίνακας 1.1-Ταξινόμηση δεικτών σε κατηγορίες

1. Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
✓ χορήγηση επαρκών πόρων
✓ κατανομή πόρων
2. Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες
✓ ρυθμός αύξησης του πληθυσμού
✓ κατανομή εισοδήματος
✓ επίπεδο αναλφαβητισμού
✓ επάρκεια κατοικίας
3. Δείκτες επιπέδου υγείας
✓ επίπεδο θνησιμότητας
✓ επίπεδο βρεφικής θνησιμότητας
✓ επίπεδο θνητότητας προσδώκιμο επιβίωσης
✓ επίπεδο νοσηρότητας
✓ βαθμός αναπηρίας
4. Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας
✓ επάρκεια
✓ προσπελασιμότητα
✓ χρησιμοποίηση
✓ αποτελεσματικότητα
✓ ποιότητα
5. Δείκτες κάλυψης της Π.Φ.Υ.
✓ επίπεδο υγειονομικής γνώσης
✓ βρύσες κατάλληλου πόσιμου ύδατος σε απόσταση 20' με τα πόδια

Πίνακας 1.2- Ταξινόμηση

▪ Δημογραφικοί δείκτες
▪ Δείκτες <u>Ιατρο-υγιεινής</u>
▪ Περιβαλλοντικοί, οικολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες
▪ Κοινωνιολογικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες
▪ Χαρακτηριστικά συστημάτων και υπηρεσιών υγείας

1.5 Αξιολόγηση των σταδίων της παραγωγικής διαδικασίας

Ενώ η ανασκόπηση επικεντρώθηκε στην εξέταση των επιπτώσεων της διατροφής στην υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο, η εκτίμηση των σταδίων της διαδικασίας παροχής ολιστικής υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται σημαντική, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης χρηματοπιστωτικής κρίσης της οικονομικής κρίσης. Η ανάγκη συμμετοχής σε κάθε επίπεδο απόδοσης ούτως ώστε να γίνει το σύστημα πιο αποτελεσματικό, λόγω της προσωπικής εκτίμησης των επιπέδων απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης .

1.5.1 Εκτίμηση εισροών (inputs)

Για την παραγωγή ιατρικών φροντίδων απαιτούνται οι αναγκαίες (Σούλης, 1999):

Εισροές = ανθρώπινοι πόροι - υλικοί πόροι - οικονομικοί πόροι

Η εκτίμηση των συντελεστών καθορίζει το επίπεδο κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Στην περίπτωση του ανθρώπινου δυναμικού, λαμβάνεται υπόψη η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά τους. Αν υπάρχουν γιατροί, τι είναι ειδικό, αν

υπάρχουν νοσηλευτές, ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, η ποσότητα και το είδος της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται, ο αριθμός και η ποιότητα των νοσοκομειακών κλινών, το ύψος των δαπανών που χρησιμοποιήθηκαν.

1.5.2 Εκτίμηση διαδικασίας (process)

Η εκτίμηση της διαδικασίας εξαρτάται από τη φύση των διαγνωστικών εξετάσεων και τη φύση των χειρουργείων, τις θεραπευτικές διαδικασίες, το επίπεδο χρήσης οικιακών φαρμάκων (αντιβιοτικά κ.λπ.), αλλά χρησιμοποιούνται και οι ρυθμίσεις πλοήγησης. όπως το επίπεδο χρήσης της πληροφορικής (Σούλης, 1999).

1.5.3 Εκτίμηση των εκροών του συστήματος (outputs)

Σε ένα νοσοκομείο, η ποσότητα των εμφυτευμάτων και των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδυάζουν τις επιπτώσεις στην ποσότητα εργασίας και την απόδοση που αναφέρονται από τα αποτελέσματα του συστήματος μπορούν να αξιολογηθούν εσωτερικά οικονομικά οφέλη ή τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Όσο περισσότεροι ασθενείς μπορούν να θεραπευθούν, τόσο χαμηλότερη είναι η περίοδος αναμονής γιατί τα οφέλη για την υγεία θα ικανοποιηθούν (Σούλης, 1999).

1.5.4 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων (outcomes)

Τα αποτελέσματα είναι ο κύριος στόχος της εκτίμησης της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, πόσες ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται και οι ιατρικοί πόροι οδηγούν σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού, αύξηση της ανθρώπινης υγείας και της ψυχικής

ισορροπίας; (Σούλης, 1999).

1.5.5 Κλινική εκτίμηση

Η κλινική ανασκόπηση τυπικά επιλέγει μια ομάδα του πληθυσμού, όπως γυναίκες ηλικίας 35-44 ετών και διερευνά τις συνέπειες της εφαρμογής μιας νέας διαγνωστικής προσέγγισης στη μείωση-πρόληψη μιας νόσου. Η κλινική εκτίμηση δεν είναι μόνο το υπόβαθρο για την εκτίμηση των πορισμάτων, αλλά είναι η βασική πληροφορία για τη διεξαγωγή μιας οικονομικής εκτίμησης. Το κόστος της βελτίωσης των εισροών, που οδηγεί στη βελτίωση των προϊόντων, θα πρέπει να επιστρέφεται τις περισσότερες φορές με τόσο συγκριτικό και ακριβή τρόπο ως προς τα τελικά πορίσματα (Σούλης, 1999).

1.6 Δείκτες για τη μέτρηση της αποδοτικότητας του νοσοκομειακού έργου

Το επίπεδο αποδοχής του συστήματος υγείας βασίζεται στις αρχές της ισότητας και της δικαιοσύνης. Αυτός ο όρος αναφέρεται στις συνέπειες μιας ενέργειας ή μιας μεθόδου που χρησιμοποιείται και στην ίδια τη διαδικασία. Ο ασθενής, για παράδειγμα, όχι μόνο θέλει το αποτέλεσμα, που είναι να θεραπεύσει μια ασθένεια, αλλά θέλει και τον τρόπο που αντιμετωπίζεται (αριθμός και φύση των διαγνωστικών εξετάσεων, φύση του ακρωτηριασμού κ.λπ.), δηλαδή εάν η διαδικασία του/της προκαλεί σωματικά ή ψυχικά προβλήματα, ούτως ώστε να έχει θετικό αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας που δεν εγκρίνουν, για παράδειγμα, μια πρωτοποριακή θεραπεία για το AIDS, επειδή είναι δυνατόν να δημιουργήσει προσωπικά προβλήματα, αμφισβητούν την έναρξη της πρακτικής της μεθόδου που χρησιμοποιείται. Επομένως, είναι σημαντικό οι υπεύθυνοι ανάπτυξης

φαρμάκων να λαμβάνουν υπόψη το επίπεδο αποδοχής του συστήματος.

Ο ΠΟΥ (1981) προσφέρει επίσης μια επισκόπηση των ιδεών που μπορούν να παρέχουν μια ολοκληρωμένη εκτίμηση από τον σχεδιασμό έως την εφαρμογή και την εφαρμογή ενός προγράμματος υγείας (Καλογεροπούλου 2011):

Η καταλληλότητα της πολιτικής υγείας σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα βασικά στοιχεία της καλής υγείας.

Η πρόοδος των υπηρεσιών υγείας. Συγκρίνεται αυτό που γίνεται σε μία περίπτωση με αυτό που αναμένεται να γίνει. Σκοπός αυτού του είδους εργασίας είναι η εκπαίδευση προγραμματιστών στην παρατήρηση και διαχείριση έργων που βρίσκονται σε εξέλιξη.

Αντίκτυπος: Ο αντίκτυπος του προγράμματος στη συνολική υγεία, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Αναφορικά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ίση υγεία είναι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που είναι διαθέσιμη για ίσα δικαιώματα, και ευκαιρίες για όλους. Δυστυχώς, αυτό δεν συμβαίνει, καθώς οι διαφορές στον τρόπο ζωής είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στην υγεία. Υπάρχουν έντονες διαφορές στη χρήση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι διαφορές είναι δυνατόν να είναι εθνικές, πράγμα που σημαίνει ότι οι κάτοικοι της περιοχής δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας για την κάλυψη κρίσιμων αναγκών, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δείχνουν ξεκάθαρα αυτές τις διαφορές

Τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου από αυτά με υψηλότερα και είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από μολυσματικές ασθένειες. Οι άνθρωποι που ζουν σε περιοχές με χαμηλό εισόδημα ή χαμηλό βιοτικό επίπεδο παρουσιάζουν αύξηση στον αριθμό

των σοβαρών συμπτωμάτων όπως η βρεφική θνησιμότητα. Ταυτόχρονα, ανισότητες υγείας διαπιστώνονται από το κράτος, με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με χαμηλή οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, παρόλο που αναγνωρίζονται διαφορές στην υγεία. Είναι επίσης σύνηθες για άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας ή οικονομικής και κοινωνικής ανασφάλειας στην Ελλάδα, να χρησιμοποιούν ελάχιστα τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις περισσότερες από τις κοινοτικές υπηρεσίες, όχι μόνο λόγω έλλειψης γνώσης, αλλά και λόγω της γραφειοκρατίας μεθόδους που συχνά τις παρουσιάζουν.

Επιπλέον, διαπιστώνουν ότι χρησιμοποιούν τις περισσότερες από τις υπηρεσίες που παρέχονται από νοσοκομεία και τοπικά κέντρα υγείας. Τέλος, η έλλειψη κάλυψης για είδη πρώτης ανάγκης, όπως η θέρμανση και οι υγιεινές επιλογές τροφίμων από άτομα με χαμηλό εισόδημα, φαίνεται με ανεπιθύμητες συνέπειες για την υγεία (Μπινιώρης 2008).

Φυσικά, δεν είναι απαραίτητο να δούμε τις διαφορές μεταξύ άλλων ευάλωτων ομάδων, όπως ξένων, προσφύγων, ομάδων άλλων φυλών, αλλά κρατουμένων. Αυτά τα άτομα έχουν αυξημένες ευκαιρίες για κοινωνικό αποκλεισμό, και στίγμα που έχουν ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίησή τους και τον διαχωρισμό τους από τον ιστό της κοινωνίας. Ενώ το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) δεν αναφέρεται πλήρως σχετικά με τη συμβολή των πόρων στον τομέα της υγείας, εξακολουθεί να είναι ένας από τους καλύτερους οικονομικούς δείκτες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι δαπάνες για την υγεία υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες είναι γύρω στο 1%. Η ποικιλομορφία της υγείας βασίζεται στη φύση του συστήματος υγείας. Στις περισσότερες χώρες, το συνολικό βάρος του συστήματος υγείας αποδίδεται στην ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανισότητα στην κατανομή των πόρων που οδηγεί σε δυσανάλογη παροχή υγειονομικής περίθαλψης θα επηρεάσει τις ανεπτυγμένες ή υπανάπτυκτες περιοχές στις αγροτικές περιοχές,

περιφερειακά ή αστικά κέντρα, αν και έχουν αυξήσει την ανάγκη για υπηρεσίες υγείας. Επομένως, τα άτομα με περισσότερη υγειονομική περίθαλψη είναι λιγότερο πιθανό να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες

Οι διαφορές και οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στα μη ποιοτικά μέτρα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προτύπων ποιότητας ζωής. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαφορές στην υγεία που σχετίζονται με τα κοινωνικοοικονομικά συμπτώματα σχετίζονται επίσης με ψυχολογικά συμπτώματα και συμπτώματα ψυχολογικής δυσανεξίας ή εφησυχασμού. Είναι αλήθεια ότι η αποκατάσταση της υγείας δεν συνεπάγεται μόνο την αποκατάσταση της ιατρικής πρακτικής του ασθενούς αλλά και με την πλήρη γνώση του, πρέπει να αποκατασταθεί στη συνολική επιτυχία του ασθενούς, κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής

1.6.1 Αποδοτικότητα

Η θετική σχέση μεταξύ εισαγωγέων/εξαγωγέων, δηλαδή με την οικονομική επιβάρυνση, με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν και την ποσότητα των παραγωγικών πόρων έχει κάποιες συνέπειες. Στην πράξη, δύο διαδικασίες συγκρίνονται για να ληφθούν τα ίδια ή διαφορετικά αποτελέσματα (Σούλης, 1999: 318).

1.6.2 Αποτελεσματικότητα, επάρκεια, αποδοχή

Το αποτέλεσμα είναι η σχέση μεταξύ των στόχων που είχαν τεθεί προηγουμένως από το σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης και των στόχων που επιτεύχθηκε τελικά με την εφαρμογή αυτών των δραστηριοτήτων και διαδικασιών. Η συνέπεια είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, γιατί, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατόν να μετρηθεί ως ανάκαμψη και επιβίωση

(Σούλης, 1999: 318). Τέλος, είναι απαραίτητο να εκφραστούν συναισθήματα επάρκειας και συναίνεσης. (Σούλης, 1999: 318). Επάρκεια είναι η σχέση των υλικών που χρησιμοποιούνται με τους επιδιωκόμενους στόχους, προσδιορίζοντας εάν είναι κατάλληλα και επαρκή για την επίτευξη των στόχων, δηλ. αξιολογώντας εάν οι πόροι που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων είναι κατάλληλοι και σχετικά με την από την άλλη πλευρά, μια ποσοτική προσέγγιση, δηλαδή δείχνει το ποσοστό επίτευξης των στόχων.

Η συναίνεση είναι ένα μέτρο του βαθμού στο οποίο οι πολίτες, οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας και το κοινό συναινούν σε μια ιατρική διαδικασία (π.χ. ευθανασία), ή μια διορθωτική παρέμβαση (π.χ. με αλλαγή στην ιεραρχική δομή στο νοσοκομείο). Η συναίνεση είναι ένας ορθολογικός όρος, ένας όρος που περιγράφει την ευτυχία των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και της κοινότητας στο σύνολό της από τη χρήση ή τη λειτουργία του συστήματος υγείας (Σούλης, 1999: 318-319).

1.7 Η αναγκαιότητα εκτίμησης του ελληνικού συστήματος υγείας

Στον ελλαδικό χώρο μόλις το 1983, με το νόμο 1397, επιχειρήθηκε η σημαντικότερη νομική μεταρρύθμιση στο ελληνικό σύστημα υγείας, παρόλο που για πρώτη φορά εξηγήθηκαν η δομή και οι αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κύριοι στόχοι του Ν. 1397/1938 είναι η αποκέντρωση, η προστασία του περιβάλλοντος και η ένταξη, ένα ενιαίο εργατικό δυναμικό και ανάπτυξη, ολοκληρωμένος σχεδιασμός, αποτελεσματική κατανομή πόρων, ανάπτυξη Παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δημιουργία ιατρού πλήρους απασχόλησης και καλύτερη οργάνωση (Κωνσταντοπούλου 2021).

Βέβαια, ασχέτως με τα παραπάνω μέτρα, η ευτυχία των πολιτών για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παραμένει χαμηλή. Στην άνεση των

πολιτών με το σύστημα υγείας εστιάζει το νέο Ευρωβαρόμετρο και η Παγκρήτια επιλογή για το δημόσιο σύστημα υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κρήτης. «Πάντα καλοί για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στη χώρα τους», δείχνουν οι Έλληνες στην τελευταία έκθεση του Ευρωβαρόμετρου. Στην ερώτηση «πώς ξέρετε ότι το συνολικό σύστημα υγείας στη χώρα σας είναι καλό», μόνο το 25% των Ελλήνων απαντά θετικά. Τα κυριότερα ζητήματα υγείας για τους Έλληνες ήταν η επιστημονική κατάρτιση των γιατρών, η άμεση αντιμετώπιση και η έλλειψη λίστας αναμονής. Το 83% των Ελλήνων φοβάται να νοσηλευτεί στα ελληνικά νοσοκομεία γιατί πιστεύει ότι θα πάθει ζημιά. Το 85% των ερωτηθέντων φοβάται τις νοσοκομειακές λοιμώξεις και το 82% τις λανθασμένες διαγνώσεις. Ανησυχούν επίσης, σε υψηλό ποσοστό (που κυμαίνεται από 73% - 68%) για διαδικαστικά λάθη, ύποπτα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή (δόση, κακή συμπεριφορά, λανθασμένη διάγνωση). Όσο για το κόστος περίθαλψης, τέσσερις στους δέκα Έλληνες (ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι τρεις με δέκα), ομολογουμένως, λόγω της κρίσης, δυσκολεύονται να πληρώσουν για να φροντίσουν τους εαυτούς τους και τα αγαπημένα τους πρόσωπα, τις οικογένειές τους.

Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα της Παγκρήτιας δημοσκοπήσης για το σύστημα υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κρήτης, με τους Κρητικούς να βαθμολογούνται αρνητικά 61,1% για το σύστημα υγείας και μόλις 33,5% θετικοί. Περίπου τα δύο τρίτα του πληθυσμού (65,1%) θεώρησαν ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης δεν πληρούσε το επίπεδο των παροχών υγείας που τους παρείχε, ενώ το υπόλοιπο 34,8% του δείγματος φαινόταν ικανοποιημένο με το επίπεδο των οφελών για την υγεία. Ωστόσο, το 41,7% των κατοίκων επιδιώκει πρώτα να κάνει μια δύσκολη κράτηση και απαιτεί δημόσιο νοσοκομείο, το 34,3% σε ιδιωτικό νοσοκομείο και το 18,9% επιδιώκει να πάει στο εξωτερικό. Αν και τα δύο τρίτα του δείγματος (66,6%) πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι καλύτερες από τα δημόσια

νοσοκομεία, ωστόσο, σχεδόν το 30% λέει ότι το βάρος τους είναι σημαντικό. Συγκρίνοντας τα δημόσια νοσοκομεία με τα ιδιωτικά νοσοκομεία ως προς την πλήρη χωρητικότητα και τις νέες εγκαταστάσεις που διαθέτουν, το 44,6% των κατοίκων λέει ότι τα δημόσια νοσοκομεία είναι πληρέστερα και πιο αποτελεσματικά.

Οι βασικοί λόγοι για την επιλογή της προσωπικής φροντίδας είναι η προϋπηρεσία σε συνδυασμό με το επίπεδο επαγγελματισμού, την προσέγγιση, τις συμφωνίες με τα ασφάλιστρα, την καθαριότητα και τις παροχές. Υπάρχει πρόβλημα με τους χρόνους αναμονής για επιλογές ή υπάρχουν προβλήματα. Αναφορικά με τον φάκελο που πρωταγωνιστεί στην Κρήτη με το 83,3% των κατοίκων να λέει την ποιότητα των υπηρεσιών και την εξυπηρέτησή τους σε αυτό, και τον χρόνο αναμονής για την περικοπή.

Αναφορικά με νέα μελέτη για τη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τη χρήση των δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών, με επικεφαλής το Τμήμα Υγείας - Διοίκησης Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθήνας, στις 30 - 03 - 2005 και 14 - 04 - Το 2005, 772 ασθενείς συγκεντρώθηκαν από 11 κρατικά νοσοκομεία της περιφέρειας Αττικής. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν πολύ θετικά γιατί μόνο το 5,1% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες, ενώ το διαφορετικό ποσοστό δυσαρέσκειας για κάθε υπηρεσία ήταν 6,2%. Υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας παρατηρήθηκαν όσον αφορά την καθαριότητα (11,3%) και την ποιότητα των τροφίμων (Παπαδήμας 2005), (epatient, 2010). Τα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να χρησιμοποιούν κατάλληλες μεθόδους για την παρακολούθηση και την εκτίμηση της απόδοσής τους στο σύνολο της κοινότητας. Η χρήση των εν λόγω μεθόδων θα εξυπηρετήσει στην εκτίμηση του Συστήματος Υγείας και κατά πόσον θα επιτευχθούν τα προηγούμενα προγραμματισμένα αποτελέσματα, ώστε να επιτραπεί η λήψη διορθωτικών μέτρων, ώστε να διασφαλιστεί ότι εκτελείται η σωστή

διαδικασία λειτουργίας μια διόρθωση, με τελικό αποτέλεσμα τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς.

Κεφάλαιο 2° Τα κριτήρια αξιολόγησης των συστημάτων υγείας

2.1 Βασικά κριτήρια αξιολόγησης

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας εξαρτάται από την ποιότητα του συστήματος και τη διαχείρισή του. Στόχος της είναι να παρέχει βελτιωμένες υπηρεσίες με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Σημαντικό και κρίσιμο μέρος του σχεδιασμού και της υλοποίησης των υπηρεσιών υγείας θεωρείται η αξιολόγηση στην οποία για να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα συγκεκριμένο μέτρο. Βασικές μετρήσεις που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τα αίτια, τους στόχους και τις επιδόσεις του συστήματος υγείας και ειδικότερα του Νοσοκομείου (Τούντας 2007):

- Η ισότητα
- Η αποτελεσματικότητα
- Η αποδοτικότητα

Η ισότητα αποτελεί βασικό μέλημα των υπευθύνων χάραξης πολιτικής για την υγεία και σημαίνει ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ίσα δικαιώματα κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, τόπου διαμονής ή ικανότητας πληρωμής. Σκοπός του είναι να μειώσει τις ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των διαφόρων περιοχών της περιοχής. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, το μέσο προσδόκιμο ζωής είναι τα 74 έτη, ενώ η μέση ηλικία των τσιγγάνων στη χώρα μας είναι τα 57 έτη ανά 1000 κατοίκους. Αυτές οι ανισότητες αποτελούν πρόκληση για την πολιτική υγείας. Η μέτρηση και η αξιολόγησή τους αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας και εφαρμόζεται μαζί με μια σειρά δεικτών πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Τούντας 2007)

Η ισορροπία έχει δύο διαστάσεις, οριζόντια και κάθετη. Η αυτοδυναμία επιτυγχάνεται μέσω της δίκαιης κατανομής των πόρων και των υπηρεσιών (π.χ. ο σωστός αριθμός γιατρών ανά 1000 πληθυσμού), και η ίση πρόσβαση (π.χ. ίση απόσταση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) και η χρήση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Βασικός στόχος είναι η μείωση της ανισότητας στην υγεία, με τη συλλογή δεικτών υγείας από τον γενικό πληθυσμό. Απώτερος στόχος είναι η μείωση της ανισότητας στον τομέα της υγείας συνδυάζοντας δείκτες υγείας σε εθνικό ή πληθυσμιακό επίπεδο.

Το Standing Balance αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του, με αποτέλεσμα μια διαφορετική διατροφή προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες. Επιπλέον, η κάθετη σταθερότητα παρέχει βιώσιμη στήριξη με βάση την οικονομική ευρωστία κάθε πολίτη (Τούντας, 2007)

Αποτελεσματικότητα είναι η σχέση που ορίζεται από τα σχέδια και τις πολιτικές που διαμορφώνονται για την παροχή υπηρεσιών υγείας, έχει περίτεχνο χαρακτήρα και επηρεάζει, την έρευνα, τη θεραπεία και τα οργανωτικά μέτρα. Η ποιότητα συχνά μετριέται από την ποιότητα της υγείας και μετριέται με δείκτες που προσπαθούν να μετρήσουν τα αποτελέσματα στο τέλος της ζωής (ασθένειες, θνησιμότητα), όπως τα ποσοστά νοσηλείας από σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια και συστηματικά μέτρα, αλλά και υπηρεσίες υγείας όπως η καταγραφή του αριθμού των κλινικών ασθενειών (Τούντας, 2007)

Είναι μια αποτελεσματική οικονομική ιδέα και είναι ένα εξαιρετικό εργαλείο για την έξυπνη διαχείριση και διανομή ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Υπολογίζει ποια είναι η οικονομική επιβάρυνση, μαζί με ποιους πόρους και ποια είδη υπηρεσιών κοινής ωφέλειας έχουν αποφέρει συγκεκριμένα αποτελέσματα. Περιορίζεται όταν η ποσότητα

των προσφερόμενων προϊόντων παράγεται στη χαμηλότερη δυνατή τιμή και στην καλύτερη ποιότητα ή όταν η μέγιστη ποσότητα προϊόντος παράγεται σε μια δεδομένη τιμή. Για παράδειγμα, η εκτίμηση του κλινικού κόστους για έναν ασθενή με καρκίνο του ήπατος και του κόστους εμβολιασμού αυτού του ατόμου από την κατάλληλη θεραπεία, καθορίζει το κόστος θεραπείας με το χαμηλότερο κόστος. Ανάλογα με το αν η ποιότητα εξαρτάται από το υλικό που εισάγεται ή εξάγεται ονομάζεται ποιότητα εισαγωγής ή εξαγωγής (Τούντας, 2007)· (Τσιομλεξή 2011)

2.2 Δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης

Για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, εκτός από τις πρωτογενείς και δευτερεύουσες ρυθμίσεις χρησιμοποιούνται, οι οποίες είναι:

- Προμήθεια. Περιγράφει το επίπεδο ποσοτικοποίησης των απαντήσεων των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στις συγκεκριμένες ανάγκες του πληθυσμού. Υπολογίζεται με κλινικές στατιστικές για κάθε πληθυσμό.
- Κατάλληλότητα. Καθορίζει το μήνυμα των παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του κοινού. Οι πολιτικές πλούτου αφορούν περισσότερο το επίπεδο κάλυψης του πληθυσμού, τόσο από άποψη κόστους όσο και από άποψη αξίας.
- Διαθεσιμότητα. Περιγράφει τις δυνατότητες παροχής υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του κοινού. Οι κατάλληλοι δείκτες σχετίζονται περισσότερο με το επίπεδο κάλυψης του πληθυσμού. Και σε ποσότητα και σε ποιότητα.

- Πρόσβαση. Λαμβάνει υπόψη τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και καθορίζει το επίπεδο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από κάθε δικαιούχο, ανεξάρτητα από περιφερειακούς, συγκοινωνιακούς ή οικονομικούς περιορισμούς. Καθορίζεται από τον αριθμό ή το ποσοστό του συγκεκριμένου αριθμού κοινού που αναμένεται να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας
- Αποδοχή. Αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή με τη χρήση της υπηρεσίας.
- Ποιότητα. Περιγράφει τον κλινικό αντίκτυπο των υπηρεσιών που παρέχονται από την υπηρεσία υπό βελτιωμένες συνθήκες δοκιμής.
- Υπακοή. Καθορίζει τον βαθμό στον οποίο χρησιμοποιούνται ιατρικές και νοσηλευτικές εντολές από τους ασθενείς στη διαδικασία.
- Συνέχεια. Εξηγεί τη δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο κοινό, για παροχή συνεχούς φροντίδας και προσωρινής φροντίδας (π.χ. πρωτοβάθμια περίθαλψη και νοσηλευτική περίθαλψη).
- Υπολογισμός. Εξουσιοδοτεί τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους καταναλωτές να διαχειρίζονται και να καθοδηγούν αποτελεσματικά και να καθοδηγούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με διάφορους τρόπους. Υπολογίζεται με δεδομένα συλλογής δεδομένων συχνότητας, αξιοπιστία δεδομένων, συμμετοχή των καταναλωτών στη λήψη αποφάσεων κ.λπ.

- Η ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Αυτή είναι μια έννοια που αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ και έχει περιγραφεί ως πρότυπο με το οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών σε σχέση με οποιεσδήποτε μη ιατρικές πτυχές της αλληλεπίδρασής τους με αυτό (π.χ. ακεραιότητα, ιδιωτικότητα), δικαίωμα επιλογής κ.λπ. Αποτελούνται από οκτώ υποενότητες, οι οποίες αξιολογούνται από τους πολίτες, και σχετίζονται με την ποιότητα της περίθαλψης.

2.3 Διαδικασία και στάδια αξιολόγησης

Το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση του υπουργείου Υγείας είναι οι πληροφορίες που λαμβάνονται με την παρακολούθηση της εφαρμογής διαφόρων πολιτικών, την αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Κριτήρια αξιολόγησης υγειονομικής περίθαλψης:

- Αξία των παρεχόμενων πόρων
- Στατιστική αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Αξιολόγηση της ποιότητάς τους
- Αξιολόγηση του επιπέδου προαγωγής της υγείας, συνήθως λόγω ασθένειας και θανάτου.

2.4 Σκοπός των δεικτών

Το σύστημα υγείας αξιολογείται με δείκτες, οι οποίοι επιλέγονται βάσει αξιολογήσεων και είναι αριθμοί που επιτρέπουν να ισορροπήσει η

οικογένεια:

- Να τεθούν προτεραιότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτικές και θεραπευτικές).
- Να δοθεί προτεραιότητα στην έρευνα για την υγεία.
- Να προσδιοριστούν ομάδες ατόμων με πολλαπλές ανάγκες και προσδιορίστε τις παρεμβάσεις.
- Να αποκτηθεί ένα τυπικό (υγιεινό) μέτρο για τους σκοπούς της παρέμβασης, του σχεδιασμού, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007)· (Κυριόπουλος κα 2000).

2.5 Ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, τα κύρια εργαλεία αξιολόγησης της Πολιτικής Υγείας είναι οι δείκτες, η χρήση των οποίων εξαρτάται από το επίπεδο στο οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία, την εφαρμογή και την αξιολόγηση πολιτικών υγείας. Για το λόγο αυτό, τα κύρια θετικά χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων είναι:

- Αξιοπιστία: Τα σημάδια είναι αξιόπιστα εάν η επαναλαμβανόμενη έρευνα αποφέρει τα ίδια αποτελέσματα.
- Σημασία: Οι επισημάνσεις είναι ακριβείς, εάν η μέτρηση μπορεί να προχωρήσει στο απαιτούμενο επίπεδο λεπτομέρειας.
- Προσόντα: Οι δείκτες θεωρούνται ακριβείς εάν ταιριάζουν στην προβλεπόμενη ρύθμιση.

- Προσοχή: Τα σημάδια είναι αισθητά εάν οι αλλαγές στο περιβάλλον μελέτης εκδηλώνονται πλήρως με ταυτόχρονες αλλαγές στα συμπτώματα. Κατανόηση: Οι επισημάνσεις είναι πλήρεις, εάν ισχύουν για όλα τα κράτη μέλη (ή τις ομάδες πληθυσμού που ισχύουν).
- Σύγκριση: Οι δείκτες θεωρούνται παρόμοιοι ως προς τη σημασία, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων και μέτρησης είναι οι ίδιες ή βασίζονται στις ίδιες αρχές σε όλες τις χώρες μέλη.
- Ακρίβεια: Οι δείκτες θεωρούνται ακριβείς εάν είναι ακριβείς με την πάροδο του χρόνου.
- Σημασία χρόνου: Τα σημάδια είναι σημαντικά όταν συλλέγονται και υποβάλλονται σε επεξεργασία δεδομένων και εκφράζονται μακροπρόθεσμοι δείκτες από τη στιγμή που σχετίζονται, ακριβώς ποια είναι η επιδιωκόμενη χρήση του συμβόλου.
- Ομοιογένεια: Τα συμπτώματα θεωρούνται ίδια, εάν δεν υπάρχει μακροχρόνια αλλαγή στην περιοχή που καλύπτουν (Λιαρόπουλος 2007) (Κυριόπουλος κα 2000)

2.6 Διάκριση δεικτών

Η μέτρηση της απόδοσης δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά πολύτιμο εργαλείο αποτελεσματικής διαχείρισης και ελέγχου. Παρά ορισμένα εγγενή εμπόδια για την ομόφωνη και αδιαμφισβήτητη αποδοχή της από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, η αξιολόγηση της απόδοσης εάν εφαρμοστεί τακτικά έχοντας υπόψη τους περιορισμούς της, είναι ένα πολύτιμο μέσο που προάγει τη διαφάνεια, καθιστά τη διοίκηση υπεύθυνη και της παρέχει τα δεδομένα που χρειάζονται για τη βελτίωση της οργάνωσης

αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, για χάρη όλων των ενδιαφερομένων (Behn, 2003). Είναι γνωστό ότι «ότι μετριέται, διαχειρίζεται» σύμφωνα με τον σεβαστό πατριάρχη της διοίκησης (Drucker, 1963).

Η απόδοση έχει γίνει καθοριστική πολύ πέρα από την οικονομική σφαίρα ή ακόμα και την κοινωνική σφαίρα (Drucker, 2006). Επίσης υποστηρίζεται η άποψη ότι μόνο μέσω της συνύπαρξης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη λειτουργία, ο οργανισμός ευδοκίμει. Αποτελεσματικότητα μόνο χωρίς η αποτελεσματικότητα (κάνοντας τα λάθος πράγματα, "σωστά"), οδηγεί σε αποτυχία και η αποτελεσματικότητα χωρίς αποδοτικότητα επιφέρει απλώς την επιβίωση (Solitaire, 2014).

Το αξιόπιστο εργαλείο απόδοσης πρέπει τουλάχιστον να μετρά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα ως τις τελικές διαστάσεις του τη βέλτιστη κατανομή πόρων μιας οντότητας, αφού «αποτελεσματικότητα είναι να κάνεις τα σωστά πράγματα, ενώ η αποτελεσματικότητα είναι να κάνεις τα πράγματα σωστά», σύμφωνα με τον διάσημο γκουρού της διοίκησης (Drucker, 1963). Αναθέτει κυρίαρχο ρόλο στην αποτελεσματικότητα, που σημαίνει επίτευξη δεν παρακάμπτει το καθήκον ταυτόχρονα για να τονίσει την ανάγκη για λειτουργική αποτελεσματικότητα στη διαδικασία επιδίωξης του κυρίαρχου στόχου.

Δεν θέλει όμως η ανησυχία για αποτελεσματικότητα να επηρεάσει τη διαδικασία της στρατηγικής και να καταλήξει σε μια μετατόπιση στόχων στο όνομα της αναζήτησης της αποτελεσματικότητας ως κύριο μέλημα. Γι' αυτό «δεν υπάρχει σίγουρα τίποτα τόσο άχρηστο, όσο να κάνεις με μεγάλη αποτελεσματικότητα αυτό που δεν πρέπει να γίνει καθόλου» (Drucker, 1963). Αυτός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της προσπάθειάς μας να μετρήσουμε την απόδοση με βάση την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, τον οδηγό για την εφαρμογή των ισοδύναμων μεταβλητών εισόδου και εξόδου, καθώς και

το αντίστοιχο εργαλείο ανάλυσης για την εκτέλεση της εργασίας.

Το τρίπτυχο «μέτρηση, αξιολόγηση και βελτίωση» είναι στις μέρες μας ευρέως διαδεδομένο και εφαρμόζεται στη διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών. Πιστεύεται ότι μετριέται σωστά, διαχειρίζεται καλύτερα και βελτιώνεται, αφού «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, δεν μπορείς να το βελτιώσεις» (Prusak, 2010). Γίνεται αποδεκτή η μέτρηση της απόδοσης και πιστεύετε ακράδαντα ότι εάν γίνει με την απαραίτητη προσοχή γνωρίζοντας τους περιορισμούς και τις παγίδες, μπορεί να αποδειχθεί επωφελής για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη κατανομή των πόρων, για χάρη της κοινωνίας γενικότερα.

Αμφισβητείται η υπερβολική και τυφλή εμπιστοσύνη στα εργαλεία μέτρησης, ειδικά σε αυτά που χρησιμοποιούνται μεμονωμένα, καθώς και σε τυχόν εκτροπές στην εφαρμογή τους που μπορεί να οδηγήσουν σε βασικές αστοχίες και σε μη βολικά αποτελέσματα απόδοσης. Επιδιώκετε να συνδυαστούν τα εργαλεία μέτρησης και να εμπλακούν όλοι οι ενδιαφερόμενοι για να δημιουργήσουν έλεγχο και ισορροπία, που θα συμβάλουν θετικά στην επίτευξη της βέλτιστης δυνατής λύσης, χωρίς την χρήση σπάνιων πόρων, ειδικά στον πολύτιμο τομέα της υγείας. Ένα έργο υψίστης σημασίας για τις αρχές, ειδικά σε περιόδους οικονομικών δυσκολιών, όπως η τρέχουσα πανδημία Covid-19.

Έτσι, η κατάλληλη μέτρηση απόδοσης πρέπει να ποσοτικοποιεί την αποτελεσματικότητα με την οποία ένας οργανισμός (ένα νοσοκομείο) ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πελατών του (ασθενών). Αντικατοπτρίζει ότι το νοσοκομείο κάνει το «σωστό». Ωστόσο, για να επιβιώσει και να ευημερήσει μακροπρόθεσμα, πρέπει να εξυπηρετεί τους πελάτες του με κέρδος (και να παρέχει ρευστότητα), που εξασφαλίζει το κατάλληλο επίπεδο απόδοσης στο επενδυμένο κεφάλαιο (για το επίπεδο του κινδύνου). Προέρχεται μόνο με την αποτελεσματική εκμετάλλευση των πόρων και την οικονομική λειτουργία, δηλαδή, εάν «κάνει τα πράγματα σωστά», στην εκπλήρωση των στόχων. Επομένως, μια

κατάλληλη μονάδα μέτρηση της απόδοσης πρέπει να περιλαμβάνει αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, καθώς είναι και τα δύο απαραίτητα για μακροπρόθεσμη επιβίωση, που αποτελεί προϋπόθεση για να διατηρούνται ευχαριστημένοι οι επενδυτές και οι υπόλοιποι ενδιαφερόμενοι και να διασφαλίζονται οι εισροές κεφαλαίων για περαιτέρω επενδύσεις (για ανάπτυξη).

Οι εξωτερικές και εσωτερικές δεξιότητες λειτουργίας συμβάλλουν στην ικανοποίηση των πελατών και των υπολοίπων εξωτερικών ενδιαφερομένων (προμηθευτές, τράπεζες, κράτος κ.λπ.) αφενός, καθώς και των μετόχων, της διοίκησης, των εργαζομένων, που είναι οι κύριοι εσωτερικοί ρυθμιστές. Ταυτόχρονα, η εξωτερική και εσωτερική αρμονική ευθυγράμμιση προσδίδει στον οργανισμό ένα επαρκές μερίδιο αγοράς, που θα του επιτρέψει να καλύψει όλα τα έξοδα που πραγματοποιήθηκαν και να αποφέρει αρκετό κέρδος. Η κερδοφορία και η απόδοση του επενδυμένου κεφαλαίου είναι το αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης αντιστοίχισης του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Οι οικονομικές οντότητες με υψηλότερη απόδοση χαρακτηρίζονται από λειτουργική αποτελεσματικότητα και κατάλληλη στρατηγική τοποθέτηση. Το συνδυασμένο αποτέλεσμα και των δύο παραγόντων είναι ένα διαρκές ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Porter, 1996). Η δομή του κλάδου και η σωστή τοποθέτηση σε αυτόν, που είναι η εκδήλωση της επιτυχίας της στρατηγικής, οδηγεί σε διαρκές ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που είναι ο κύριος μοχλός της παραπάνω κερδοφορίας.

Τα κέρδη αποδίδονται στη δομή του κλάδου, το επακόλουθο επίπεδο ελκυστικότητας και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα μιας οικονομικής οντότητας (McGahan και Porter, 1999). Η προσέγγιση βασίζεται στο πρότυπο στρατηγικής δομής-διαγωγής-απόδοσης που αναπτύχθηκε από τον Bain (Pawlowska, 2007). Επικεντρώνεται κυρίως στη βιομηχανική δομή και την ικανότητα της επιχείρησης να αποκτήσει και να εκμεταλλευτεί την ισχύ στην αγορά μέσω της σωστής

τοποθέτησης, για να αποκτήσει ανώτερη απόδοση (Hawanini, 2003).

Η λειτουργική αποτελεσματικότητα μέσω της συνεχούς βελτίωσης που συνεπάγεται, θεωρείται απαραίτητη αλλά όχι επαρκής συνθήκη επιτυχίας, αφού μπορεί δυνητικά να μιμηθεί χωρίς απαγορευτικό κόστος μια μοναδική και πολύτιμη θέση με την επιλογή συγκεκριμένων δραστηριοτήτων για εκτέλεση με βάση τα εσωτερικά πλεονεκτήματα του οργανισμού, απαιτεί συμβιβασμούς και τη δημιουργία συνεργειών σε όλες τις δραστηριότητες του, τη διατήρηση και την ενίσχυση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την επίτευξη βιωσιμότητας.

Σε αντίθεση με το μοντέλο δομής-διαγωγής-απόδοσης, το οποίο τονίζει κυρίως τη σημασία των εξωτερικών παραγόντων του οργανισμού, η βασισμένη σε πόρους θεωρία επιχειρεί να εξηγήσει τις παρατηρούμενες διαφορές στην απόδοση μεταξύ των οργανισμών που προέρχονται από συγκεκριμένους παράγοντες στους οποίους εστιάζουν (Barney, 1991). Τα διαφορετικά επίπεδα αποτελεσματικότητας που εμφανίζει μια οντότητα, επηρεάζονται από το μείγμα πόρων και δυνατοτήτων που έχει στη διάθεσή της η διοίκηση και πρέπει να αναπτυχθούν σε δραστηριότητες με δεξιότητες, ώστε να δημιουργούν αξία κατά μήκος της αλυσίδας αξίας επιτυγχάνοντας λειτουργική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Η προσέγγιση των δυναμικών δυνατοτήτων, η οποία είναι η νεότερη έκφραση και τελειοποίηση της θεώρησης της επιτυχίας της στρατηγικής με βάση τους πόρους, ορίζει την οικονομική βιωσιμότητα που πηγάζει από ένα ζωντανό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που ευθυγραμμίζει τους πόρους με τις αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος (Teece et al., 1997). Επιτυγχάνεται μέσω της ικανότητας ενός οργανισμού να δημιουργεί, να επεκτείνει ή να τροποποιεί σκόπιμα τη βάση των πόρων του» (Helfat et al., 2009).

Το τελευταίο αποτελείται από πολύτιμους, σπάνιους, αμίμητους και μη υποκαταστάσιμους πόρους, που οδηγούν τα τελευταία χρόνια

κυρίως στη δημιουργία γνώσης, αποθήκευση, μεταφορά, καινοτομία, ευκινησία και ανθεκτικότητα. Η διαδικασία μάθησης είναι ζωτικής σημασίας για δυναμικές δυνατότητες και εφαρμογές διαχείρισης γνώσης στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι εξαρτώνται εξαιρετικά από δεδομένα και πληροφορίες για την παροχή φροντίδας και θετικού αντίκτυπου στα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης μέσω του συντονισμού «φυσικών περιουσιακών στοιχείων, εργαζομένων, προμηθευτών-υλικών, πελατών, οργανισμού περιουσιακά στοιχεία και να βελτιώσει οποιαδήποτε καθημερινή πτυχή της οργανωτικής απόδοσης (Almansoori et al., 2020).

Ο συνδυασμός και η ενορχήστρωση αυτών των τύπων περιουσιακών στοιχείων πρέπει να είναι μοναδικός σε συνεχή διαβούλευση με τους κύριους ενδιαφερόμενους και δύσκολο να αντιγραφεί από τους ανταγωνιστές, να δημιουργήσει μια ισχυρή οντότητα που είναι ικανή όχι μόνο να προσαρμοστεί στο επιχειρηματικό οικοσύστημα, αλλά και να το αξιοποιήσει και να το διαμορφώσει σε ορισμένου βαθμού προκειμένου να επιτευχθεί βιώσιμη ανάπτυξη και πάνω από τη μέση οικονομική απόδοση.

Η εκμάθηση έξυπνων δυνατοτήτων κατανομής πόρων και καινοτομίας οδηγεί σε ανταγωνιστικότητα και οικονομική βιωσιμότητα σε μια διαρκή. Οι οντότητες ως νοσοκομεία «μπορούν να αναπτύξουν με επιτυχία τα στρατηγικά ανθρώπινα πλεονεκτήματα τους διαχειριζόμενοι τις αντισταθμίσεις στις στρατηγικές υπηρεσιών τους και γεωγραφικής διαφοροποίησης», για να επηρεάσουν την οικονομική τους απόδοση (Kor, 2005). Ο κεντρικός ρόλος του ανθρώπινου κεφαλαίου για τη διαδικασία δημιουργίας και διαχείρισης της γνώσης αντανάκλαται στη δήλωση «Υπάρχει μόνο ένα πράγμα που σας δίνει βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα – τι γνωρίζετε, πώς χρησιμοποιείτε αυτό που γνωρίζετε και πόσο γρήγορα μπορεί να ξέρει κάτι νέο» (Prusak, 2010). Οι άνθρωποι πόροι είναι ίσως «η πιο σημαντική από τις εισροές του συστήματος υγείας

και συνήθως η μεγαλύτερη μεμονωμένη θέση στον περιοδικό προϋπολογισμό για την υγεία» (WHO, 2000). Η ανάπτυξη ικανοτήτων και η βασισμένη στη μάθηση ανάπτυξη, είναι πιο πολύτιμη κατά τη διάρκεια της πανδημίας από ποτέ (McKinsey, 2020). Γι' αυτό το νοσοκομείο πρέπει να αποκτήσει την οργανωτική ικανότητα και την κουλτούρα για να το πετύχει.

Κεφάλαιο 3: Συστήματα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς

3.1 Η κρίση στα συστήματα υγείας – Προβλήματα και ανάγκη αξιολόγησής τους

Τα συστήματα υγείας ανταποκρίνονται σε αυτά τα προβλήματα με ποικίλους τρόπους. Αυτά τα αποτελέσματα, σε ορισμένες χώρες, συχνά καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για τη βελτίωση του συστήματος υγείας τους. Η υποστήριξη αυξάνεται για την ιδέα ότι αυτή η τροπολογία είναι απαραίτητη αλλά δύσκολο να εφαρμοστεί. Ο γενικός στόχος είναι να υπάρχουν τα σωστά επίπεδα κόστους, ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και πρόσβασης στο σύστημα, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στα πρότυπα της δικαιοσύνης, με βάση την εξάλειψη των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία, και την αύξηση της ζήτησης και της ευημερίας των καταναλωτών με σκοπό τον περιορισμό του πληθωρισμού. Μέτρησης του κόστους υγείας. Οι διάφορες μορφές αυξανόμενου κόστους και η μείωση της ζήτησης που συνδέονται με την κρίση της σύγχρονης ιατρικής οδήγησαν στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και βελτιωμένων πληθυσμών, σε μια προσπάθεια καλύτερης ανταπόκρισης και αντιμετώπισης των τρεχόντων προβλημάτων υγείας στην οικονομία. Είναι σημαντικό ότι οδήγησαν στην ανάπτυξη της «Νέας» Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και την Προαγωγή της Υγείας, στο βαθμό της σχέσης μεταξύ υγείας και ποιότητας ζωής. νέους και τρέχοντες τρόπους δημιουργίας ευκαιριών δέσμευσης και πρόκλησης της αρχικής αιτίας. Παρόμοιες πρωτοβουλίες αναπτύσσει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η Σύμβαση του Μάαστριχτ, στο άρθρο 129, καθόρισε τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας με την υλοποίηση των στόχων της πρόληψης ασθενειών, της καταπολέμησης νέων ασθενειών και προαγωγής της υγείας. Το 1999, η Συνθήκη του Άμστερνταμ, στο άρθρο 153, που αντικατέστησε το άρθρο 129, έθεσε το ζήτημα της προστασίας

της υγείας στο επίκεντρο κάθε ευρωπαϊκής πολιτικής. Αυτή η εξέλιξη θεωρήθηκε σημαντική επειδή για πρώτη φορά, η ΕΕ δεσμεύτηκε να επικεντρωθεί στην υγειονομική περίθαλψη σε βασικούς τομείς του περιβάλλοντος, των μεταφορών, της γεωργίας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης κ.λπ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του 21ου αιώνα για πολλούς θεωρεί ότι δεν πρέπει να επικεντρώνεται μόνο σε όλους τους τομείς και τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της δημόσιας υγείας, της φροντίδας μητέρας και του παιδιού, του εμβολιασμού και της εκπαίδευσης υγείας, της σχολικής υγιεινής, της επαγγελματικής ιατρικής κ.λπ. αυτό που κοινώς αποκαλείται «δράσεις ευημερίας»

Το νοσοκομειακό περιβάλλον χρειάζεται περαιτέρω επεξήγηση. Πρώτον, για την καλύτερη παροχή ασφάλισης υγείας, το νοσοκομείο πρέπει να αλλάξει πολλά, να γίνει πιο ανθρώπινο και πιο διασκεδαστικό και πάνω από όλα, ένας χώρος για την εκτεταμένη επικοινωνία του ασθενούς με την επιστήμη, το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον όπου μπορεί να ενώσει τις δυνάμεις του και να αποφασίσει να παλέψει για την υγεία και τη ζωή του. Οι μεγάλες αλλαγές που γίνονται σήμερα στα νοσοκομειακά συστήματα των ορεινών περιοχών θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια αυτή, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης νέων ιατρικών υπηρεσιών, που σιγά σιγά θα οδηγήσει στο άνοιγμα τμημάτων του νοσοκομείου. Η διεθνοποίηση των συστημάτων υγείας είναι πλέον παγκόσμια επιτυχία στην Ευρώπη. Μετά τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως η Σουηδία, η Δανία, η Μεγάλη Βρετανία κ.λπ. Τα τελευταία 20 χρόνια, ολόκληρες οι μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ελλάδα έχουν δημιουργήσει περαιτέρω τοπικά συστήματα υγείας ως βιώσιμη βάση για τη λειτουργία του τομέα υγείας. Αυτό το δικαίωμα πρωτοεμφανίστηκε ως μέρος της ευρύτερης προσπάθειας διοικητικής αποκέντρωσης και αναδιοργάνωσης των τοπικών διοικήσεων. Εκατοντάδες υπηρεσίες υγείας σε κάθε χώρα και δεκάδες χιλιάδες

εργαζόμενοι σε αυτές δεν μπορούν να διαχειρίζονται και να λειτουργούν από μία μόνο κεντρική αρχή. Ειδικά όταν αντιλαμβάνονται όλοι ότι τα νοσοκομεία δεν είναι ξεχωριστές υπηρεσίες, αλλά πρέπει να ενσωματωθούν σε ξεχωριστά συστήματα με άλλα νοσοκομεία (οριζόντια ανάπτυξη) και να ενσωματωθούν με ασθενείς, εξωτερικές και Πρωτοβάθμιας Υγείας (κάθετη ανάπτυξη), για να είναι αποδοτικά και αποτελεσματικά. Μόνο έτσι μπορεί ένα ενιαίο σχέδιο για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιοχής, ένταξη και μη αλληλοεπικάλυψη υπηρεσιών, αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οικονομικών υπηρεσιών και ίδρυση παραδοσιακών νοσοκομειακών υπηρεσιών, π.χ. τρόφιμα, ρούχα, απόρριψη σκουπιδιών κ.λπ., εξοικονομούν πόρους .

3.2 Μοντέλα και συστήματα υγείας στην Ευρώπη

Η κοινωνικοποιημένη ιατρική είναι το μοντέλο υγείας όπου το κράτος έχει το σύστημα υγείας. Παραδείγματα αυτού του μοντέλου είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Δανία. Χαρακτηρίζεται από χαμηλό κατά κεφαλήν πληθωρισμό και αποτελεί παράδειγμα οικονομικού συστήματος, όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες, και συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο. (Καρακώστα,2010).

Το μοντέλο κοινωνικοποιημένης ασφάλισης περιλαμβάνει βασική ασφάλιση για τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες. Η Γαλλία στην Ευρώπη δείχνει αυτό το μοντέλο, αλλά έχουν νέα ασφάλιση. Η ισχύς της αγοράς έχει σημαντικό αντίκτυπο στα χαρακτηριστικά απόδοσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι επιπτώσεις της αγοράς είναι οικονομικές ενέργειες που θα αλλάξουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης ώστε να συμπεριλάβουν διαφορετικές μορφές παροχής ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτικοποίηση, για πολλές χώρες, είναι ένας από τους τρόπους για να ανοίξει η πόρτα στο ιδιωτικό κεφάλαιο και να αλλάξει έτσι τα συστήματα υγείας. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέμειναν στην

Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά σε πολύ χαμηλό ποσοστό σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των υπηρεσιών υγείας (ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 2020). Κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες έχουν επιδεινώσει τα προβλήματα υγειονομικής περίθαλψης, με το κόστος υγειονομικής περίθαλψης υπό τον αυξανόμενο πληθωρισμό και τα παραδοσιακά συστήματα υγείας.

Το ΗΒ (Ηνωμένο Βασίλειο) αποτελεί παράδειγμα παραδοσιακού συστήματος και εργάζεται με διάφορους τρόπους για να αυξήσει τη χρήση ιδιωτικών εταιρειών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, π.χ. κέντρα 24ης παροχής διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας. Στην άλλη πλευρά του φάσματος είναι οι ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας είναι πιο εδραιωμένο από την κυβέρνηση, με αποτέλεσμα ένα περιφερειακό και φτωχό σύστημα υγείας. Οι ΗΠΑ δεν είναι σε θέση να συνδυάσουν τον ιδιωτικό τομέα με τον δημόσιο τομέα υγείας (EUROPEAN COMMISSION, 2020). Το σύστημα είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός δικτύου νοσοκομειακών συστημάτων (72%), με αποτέλεσμα ένα υψηλότερο τμήμα του συστήματος υγείας. Η Γαλλία, από την άλλη, είναι η 1η στον κόσμο όσον αφορά τις επιδόσεις του γενικού συστήματος υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος έχει επιτύχει την ενοποίηση των ιδιωτικών συστημάτων υγείας και του κοινού μέσω των εκδόσεων του. Το γαλλικό σύστημα υγείας ενσωματώνει έναν ποικίλο συνδυασμό ανεξαρτησίας και άκαμπτων κανονισμών που μπορούν να περιγραφούν ως το πιο φιλελεύθερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο όσον αφορά την ανεξαρτησία ασθενών και γιατρών. Συγκριτικά, άλλα κράτη μέλη της ΕΕ με τυποποιημένα συστήματα υγείας εφαρμόζουν πρωτοβουλίες διαχείρισης κρίσεων που αποδυναμώνουν τη χρήση του ιδιωτικού συστήματος υγείας, αντιτίθενται στην ενσωμάτωση και ενσωμάτωση ενός συστήματος υγείας (Σιγάλας, 2019).

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι το χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας χώρας που χαρακτηρίζεται από μεγάλες ουρές φροντίδας για τους ασθενείς. Η Δανία ανέφερε επίσης αύξηση 2% στα ποσοστά αναμονής για εισαγωγές

στα νοσοκομεία, με όλο και περισσότερους Ορθοπαιδικούς. Το αποτέλεσμα της έκθεσης της ΠΟΥ του 2000: η άνοδος των συνεχώς αυξανόμενων επιπέδων αναποτελεσματικότητας των παραδοσιακών συστημάτων υγείας. Ένα παραδοσιακό σύστημα υγείας είναι ένα σταθερό σύστημα που λειτουργεί σε ένα περιβάλλον ίσης ισότητας (οικονομική, κοινωνική, πολιτική και πολιτιστική) με τρόπο λειτουργίας, ανεπηρέαστο από τις συνθήκες (νέα τεχνολογία, καλύτερες υπηρεσίες υγείας, παγκοσμιοποίηση, δυνάμεις και δυνάμεις της αγοράς, προγράμματα διαχείρισης ασθενειών και υγείας). Σε χώρες όπου διατηρούνται αυτά τα συστήματα υγείας, δοκιμάζονται δείκτες απόδοσης όπως η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η μη διάκριση λόγω ακαμψίας και έλλειψης ανταπόκρισης του κοινού. Ως αποτέλεσμα, έχουμε μεγάλες λίστες αναμονής για ψηφοφορία. Συγκριτικά, το υβριδικό σύστημα υγείας είναι ανοιχτό σε εξωτερικές επιρροές. Επειδή το υβριδικό σύστημα υγείας ενσωματώνει μια ποικιλία μεθόδων παροχής υπηρεσιών υγείας από πολλαπλά συστήματα υγείας, είναι σε θέση να αλληλεπιδρά με εξωτερικές δυνάμεις και όχι με το εναλλακτικό σύστημα υγείας.

Με άλλα λόγια, το υβριδικό σύστημα υγείας ελεγχόταν από εξωτερικές δυνάμεις και ως εκ τούτου έκλεισε. Επομένως, η δημιουργία νέων και εξελιγμένων συστημάτων υγείας, που ενσωματώνουν νέα χαρακτηριστικά από διαφορετικούς τύπους συστημάτων υγείας, υβριδικά μοντέλα, φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα των παραδοσιακών συστημάτων υγείας που έχουν φτάσει στα όρια των δυνατοτήτων τους, από τη λέξη της ευημερίας και της ευημερίας, γιατί είναι οι μόνοι που μπορούν να επιτύχουν τους σημερινούς στόχους των συστημάτων υγείας.:

- I. εκσυγχρονισμού,
- II. Χαμηλού κόστους,
- III. και ποιότητας.

Ορισμένοι διεθνείς ειδικοί έχουν αναγνωρίσει τη σοβαρότητα της

υγειονομικής κρίσης και έχουν επισημάνει τις αιτίες του προβλήματος προωθώντας ριζικές αλλαγές στα παραδοσιακά συστήματα υγείας. Είναι σημαντικό, ο D. B. Evans στο άρθρο του «Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας: μια διακρατική οικονομετρική ανασκόπηση», που βασίζεται στη μελέτη του ΠΟΥ 2000, σημείωσε την ανησυχία των υπευθύνων χάραξης πολιτικής για τη βελτίωση της ανάγκης για συστήματα υγείας και άρχισε να ασχολείται με την ειδική υγεία.

Το όφελος σχετίζεται άμεσα με το ποσό του κόστους υγείας ανά άτομο με σημαντική αύξηση της απασχόλησης πάνω από τα 80 \$ κατά κεφαλήν ετησίως, επομένως φαίνεται να είναι πολύ δύσκολο, διαφορετικά τα συστήματα υγείας δεν μπορούν να προσφέρουν το χαμηλότερο κόστος.

Εκτός από την αύξηση των εισοδημάτων για την υγειονομική περίθαλψη, οι φτωχότερες χώρες μπορούν να βελτιώσουν τα μέσα διαβίωσής τους με την καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των απωλειών και της κατανομής των πόρων.

3.3 Πίνακας κατάταξης των Ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων.

Ο Πίνακας παραθέτει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις ευρωπαϊκές χώρες περίπου 38 κατηγορίες που καλύπτουν έξι βασικούς τομείς για τους ασθενείς: δικαιώματα υγείας και εκπαίδευσης, υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, χρόνος αναμονής για θεραπεία, αποτελέσματα θεραπείας, εύρος και περιορισμοί υπηρεσιών. Ο πίνακας βασίζεται σε επίσημα στατιστικά στοιχεία, έρευνες ασθενών και ανεξάρτητες έρευνες και υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Σύμφωνα με στοιχεία από την έρευνα του 2019 για τα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αναφέρονται στον Ευρωπαϊκό Δείκτη Υγείας Καταναλωτών (EHCI), η

Ελλάδα είναι μόλις 23η μεταξύ των 33 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τέσσερις θέσεις χαμηλά. Ελλείπει ενδείξεων βελτίωσης, η έρευνα έχει δείξει ότι οι ελληνικές υπηρεσίες υγείας συνεχίζουν να μαστίζονται από γραφειοκρατία και αδιαφάνεια και τελικά υστερούν όσον αφορά τον ανταγωνισμό με τα συστήματα άλλων χωρών εάν υπάρχουν. είναι νέα μέλη της ΕΕ (ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ , 2020).

Η Ελλάδα έλαβε 600 βαθμούς σε σύνολο 1.000, αναγνωρίζοντας τα μειονεκτήματα της χρήσης ηλεκτρονικών μέσων για την υγειονομική περίθαλψη, την ευκολία πρόσβασης σε αρχεία υγείας, την πρόσβαση του ασθενούς στη γενική οδοντιατρική χειρουργική και φροντίδα. Όλα αυτά τη στιγμή που έχουμε τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών σε όλη την Ευρώπη (530 γιατροί ανά 100.000 άτομα). Μερικοί είναι πολύ καλύτεροι στο χρόνο αναμονής για θεραπεία και τα αποτελέσματα ορισμένων κοινών θεραπειών, όπως η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη και η θεραπεία με ζαχαροκάλαμο για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι το σύστημα υγείας είναι πιο ιδιωτικό από τις ΗΠΑ, όπου η υγειονομική περίθαλψη είναι η πιο σημαντική προσωπική ευθύνη των πολιτών και οι οικονομικοί πόροι για τους ηλικιωμένους και τους φτωχούς. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες παρέχουν υγειονομική περίθαλψη κοντά στους πολίτες τους. Η Γαλλία και η Γερμανία, που θεωρούνται οι χώρες με τα καλύτερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, με λιγότερα παράπονα για τη ρύθμιση των υπηρεσιών και τις λίστες αναμονής, δήλωσαν ότι 11% και 10,4% των δαπανών τους για την υγεία, αντίστοιχα, στον ΟΟΣΑ. Το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο παρέχει καθολική υγειονομική περίθαλψη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), δαπανά το 8,4% του ΑΕΠ για την υγεία, καθιστώντας το NHS ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας στον κόσμο. Ευρώπη. Σε αντίθεση με τη Γαλλία και τη Γερμανία, το βρετανικό NHS έχει γεμίσει τα τελευταία χρόνια με παράπονα για τραπέζια αναμονής και έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών (Νάτσιος,2019).

3.4 Ευρωπαϊκά προγράμματα αξιολόγησης συστημάτων υγείας.

Η Ευρώπη και οι Ηνωμένες Πολιτείες εργάζονται για μια ενδεδειγμένη αξιολόγηση των συστημάτων υγείας τους. Σε αυτή τη διαδικασία, δυσκολεύονται να αναπτύξουν ένα κοινό σχέδιο. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, προκειμένου να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έχει ορίσει έναν γιατρό που έχει το ρόλο του ρυθμιστή στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Έξι ευρωπαϊκές χώρες εργάζονται σκληρά για να αναπτύξουν ένα εργαλείο συγκριτικής αξιολόγησης που ονομάζεται αξιολόγηση ευρωπαϊκής πρακτικής (EPA). Αυτό το εργαλείο συγκριτικής αξιολόγησης διαθέτει 57 πιστοποιητικά ποιότητας και είναι αποδεδειγμένα κατάλληλη και αξιόπιστη πηγή και φέρεται στην Ελλάδα από ομάδα ειδικών της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής. Συνολικά 23 χώρες του ΟΟΣΑ έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν εγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας, τα οποία μπορούν να αξιολογούν και να συγκρίνουν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. Συγκεκριμένα, στο πρόγραμμα συμμετείχε ομάδα ειδικών από όλη τη χώρα με 27 εγκεκριμένα κριτήρια (6 για την προαγωγή της υγείας, 13 για την πρόληψη και 8 για την πρωτοβάθμια περίθαλψη).

Κεφάλαιο 4° Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου

4.1 Ποιότητα στο χώρο της υγείας

Το ενδιαφέρον του ανθρώπου για την υγεία υπάρχει εδώ και χιλιάδες χρόνια και πάντα συνδέθηκε με τον τρόπο ζωής του. Πρώτος Sun Tzu (2003: 20) ο Κινέζος Στρατηγός αναφέρεται στην λέξη πειθαρχία, ως μια πειθαρχία που μπορεί να βοηθήσει τους Κινέζους να επιτύχουν τους στόχους τους.

Σήμερα, 2500 χρόνια μετά την εποχή της Μεγάλης Κίνας, τολμούμε να πούμε ότι η συνέχιση της αριστείας στην εκπαίδευση, αποτελεί αρχή εκπαίδευσης βελτιώνοντας την απόδοση ενός οργανισμού και ικανοποιώντας τις ανάγκες των πελατών. Πολλά χρόνια πριν φτάσουμε στη σημερινή μορφή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, είχαν γίνει διάφορα βήματα ανά τους αιώνες, όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας της ποιότητας ενός προϊόντος. Ιστορικά, η καλή δύναμη εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1920 στην Αμερική, όπου χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά ορισμένες στατιστικές μέθοδοι για την πρόβλεψη και τη βελτίωση των διαδικασιών παραγωγής των αμερικανικών εργοστασίων. Στην πραγματικότητα, οι Αμερικανοί, στην πρώτη τους προσπάθεια να βελτιώσουν την παραγωγικότητά τους, ανέπτυξαν μια έννοια πρόβλεψης, αλλά έναν τρόπο ελέγχου της συνολικής τους παραγωγικότητας (Johnson,2014).

Τα παραπάνω προβλήματα έθεσαν την ανάγκη ίδρυσης ειδικού γραφείου ποιοτικού ελέγχου, με το διορισμό προϊσταμένου επιθεώρησης που παρείχε καθημερινές αναφορές στον προϊστάμενο. Με την κατασκευή αυτού του νέου γραφείου έχουν αναπτυχθεί καινοτομίες όπως η περιγραφή των διαφόρων χαρακτηριστικών, η προετοιμασία, η συντήρηση και το ιστορικό των λεπτομερειών εργασίας, η ισχύς των μηχανών. Αυτό το σύστημα διαχείρισης πρώτης τάξεως ήταν το πρώτο που εξέτασε τις αρχές

της συνολικής οικονομίας (Charman, 2016). Στη δεκαετία του 1940, οι Ιάπωνες ήταν οι πρώτοι που έθεσαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη ολόκληρης της οικονομίας. Γύρω στις δεκαετίες του '40 και του '50 η ιαπωνική βιομηχανία καταστράφηκε ολοσχερώς, οι Ιάπωνες είδαν τα προβλήματα στη δουλειά τους, αποφάσισαν να τα λύσουν, χρησιμοποιώντας καλά πρότυπα, από όπου ξεκίνησαν οι Ιάπωνες, κύριος του χαρακτήρα εκείνη την εποχή. Στη δεκαετία του 1950 οι πολιτικές της συνολικής οικονομίας στην Ιαπωνία αναπτύχθηκαν γρήγορα και έγιναν μέρος της ιαπωνικής οικονομίας. Μέχρι τη δεκαετία του 1960, δεν είχε πια καθοδηγηθεί καλά για την ιαπωνική βιομηχανία. Οι συνέπειες της συνολικής οικονομίας, οδηγούν τους ιαπωνικούς μεταποιητικούς κλάδους να παράγουν προϊόντα υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας που τους ωθούν να εισέλθουν στη Δύση με σθένος και έλεγχο (Charman, 2016). Το 1969 πραγματοποιήθηκε το πρώτο επιτυχημένο συνέδριο για την εξουσία στο Τόκιο και συμμετείχαν η Ιαπωνία, οι Ηνωμένες Πολιτείες και πολλές χώρες από την Ευρώπη. Σε μια συμφωνία που μοιράστηκε η Felgenbeum με όλους όσους παρευρέθηκαν, αναφέρθηκε για πρώτη φορά η λέξη «ολική ποιότητα». Ο όρος αυτός περιλαμβάνει οργάνωση, προγραμματισμό αλλά και τις ευθύνες της ναυσιπλοΐας. Ο Ishikawa, από την πλευρά των Ιαπώνων, εξήγησε στους Ιάπωνες ότι η γενική ευημερία είναι η ιδέα της διατήρησης του καλού με συνέπεια από την πλευρά του τιμονιού της βιομηχανίας, είναι το τραύμα που έχει αποδειχθεί ότι έχει βιώσει από όλους τους εργαζομένους από τα χαμηλότερα έως τα υψηλότερα επίπεδα. Καλή ηθική για να οδηγήσουν την επιχείρησή τους, γιατί η κινητήρια δύναμη της ευημερίας της Ιαπωνίας είναι να εργάζονται μαζί και να συνεργάζονται έτσι ώστε η εταιρεία να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, τις παραγωγικές της δραστηριότητες και όχι μόνο (Okuda, 2015). Η διάσκεψη του 1969 σηματοδότησε την αρχή μιας νέας εποχής στην παγκόσμια οικονομία, παρόλο που σήμερα αποτελεί σημαντικό μέρος της παγκόσμιας οικονομικής ανάπτυξης. Στο τέλος της ιστορικής μας αναδρομής θα κάνουμε μια αναφορά σε περαιτέρω γεγονότα τα οποία θα

δούμε παρακάτω αναλυτικότερα. Το 1979, το Υπουργείο Βιομηχανίας και Εμπορίου του Ηνωμένου Βασιλείου εξέδωσε για πρώτη φορά το Πρότυπο Ποιότητας 5750, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί από πολλές επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο τα επόμενα χρόνια. Αργότερα ένα νέο πρότυπο, το πρότυπο ISO 9000, θα αναπτυχθεί για να γίνει το πρότυπο μοντέλο πιστοποίησης σε όλο τον κόσμο. Αυτή η μέθοδος θεωρήθηκε η πιο ολοκληρωμένη, καθώς έθεσε τις κατάλληλες προϋποθέσεις για όλες τις δραστηριότητες της εταιρείας. Ιστορικά, τα καλύτερα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για προϊόντα έχουν χρησιμοποιηθεί για την «κατασκευή» και την αγορά υπηρεσιών. Η διαφορά έγκειται μόνο στην ευθύνη του πελάτη. Σύμφωνα με τον John P, 1999: 6-12 «η ποιότητα της υπηρεσίας καθορίζεται από τη γνώμη του πελάτη». Αυτή η ιδέα της καλής ηθικής σήμερα την έχει οδηγήσει στα καλούπια, επιτρέποντας στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών να προσδιορίσουν τις ανάγκες των πελατών και να τους παρέχουν υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις τους (John, 2019). Στην Ιαπωνία, το κτίριο KAI-ZEN (που σημαίνει συνέχεια) συνδέεται με τις περισσότερες επιχειρήσεις. Ο Ιάπωνας οικονομολόγος Ishikawa στοχεύει διάφορους τομείς που είναι επιζήμιοι για την ποιότητα.

Ο Deming (2016) αναφέρθηκε επίσης σε αυτό που ονομάζεται «θανατηφόρα ασθένεια» για ένα επάγγελμα, δηλαδή (Deming, 2016), έλλειψη βασικής σταθερότητας, βραχυπρόθεσμες προσπάθειες κερδών, βραχυπρόθεσμη επιτυχία στην αξιολόγηση της απόδοσης, ακόμη και αν μετριέται μόνο σε χρήματα. Οι αριθμοί, ο αριθμός των εργαζομένων και η μεγαλύτερη εξάρτηση από «ορατές» εικόνες, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των επενδυτών, μπορούν εύκολα να χαρακτηριστούν «καλοί» βραχυπρόθεσμα. Ο Juran και ο Deming έχουν βασικό ρόλο στη Διαχείριση Ποιότητας. Ο προγραμματισμός για την ποιότητα είναι μέρος του αιώνιου κύκλου που ασχολείται με τη Βελτίωση Ποιότητας και τον Ποιοτικό Έλεγχο, εξ ου και η λεγόμενη Τριλογία Juran (Baltas, 2013). Τα συστήματα υγείας σ' όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν την τελευταία εικοσαετία μια τριπλή

πρόκληση(Σιγάλας,2010)

1. την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψη σ' όλους.
2. Το αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας.
3. Την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών.

Η τριπλή αυτή πρόκληση βρίσκει απαντήσεις στην εφαρμογή πολιτικών οι οποίες αναφέρονται:

1. Στην εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγείας.
2. Στην εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών υγείας
3. Στη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επιπρόσθετες επενδύσεις.

Σημαντικό καθήκον στην εφαρμογή αυτών των πολιτικών δόθηκε στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία έχει καταλήξει στην Ελλάδα τα τελευταία δέκα χρόνια. Πολλές κυβερνήσεις προσπάθησαν να το ορίσουν και να το εφαρμόσουν αποτελεσματικά. Πριν αναφερθεί η αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας στην Ελλάδα θα καταγραφούν τα διάφορα βήματα που έχουν γίνει, για τις μεταρρυθμίσεις που επηρεάζουν τον κόσμο.

4.1.1 Ελληνικό σύστημα και ποιότητα υγείας

Η υγεία είναι η βάση της διαβίωσης και της ευημερίας των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία δεν αναφέρεται μόνο στην αντιμετώπιση μιας νόσου, αλλά σε μια γενικότερη κατάσταση προσωπικής και συλλογικής ευημερίας, με βάση τους κοινωνικούς πόρους αλλά και τις προσωπικές δεξιότητες του ατόμου (WHO,2014).

Η προαγωγή της υγείας γενικά αναφέρεται στη βελτίωση, την προώθηση και την υποστήριξη της υγείας είτε σε προσωπικό είτε σε κοινωνικό επίπεδο, ενώ ως έννοια εντάσσεται στην αγωγή της υγείας, η

οποία αποτελεί τη δημιουργία συνειδητών ευκαιριών για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που να βοηθού στη βελτίωση της προσωπικής και συλλογικής υγείας.

Σύμφωνα με τους Grol et al (2014), η προαγωγή και η αγωγή της υγείας δεν αναφέρονται μόνο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ατόμων με ειδικές ανάγκες αλλά σε ενέργειες και δράσεις που εστιάζουν στη βελτίωση της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού, δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα να είναι ικανά και να προβαίνουν σε δράσεις που βελτιώνουν την υγεία τους. Η αγωγή, η προαγωγή υγείας και η πρόληψη αποτελούν σήμερα το τρίπτυχο της σύγχρονης προσέγγισης της υγείας, συμπεριλαμβανομένων και της ψυχικής και της εργασιακής υγείας.

Η οικονομική κρίση η οποία χτύπησε από το 2007 και μετά την Ελληνική οικονομία, είχε δραματικές επιπτώσεις στην μέχρι τότε συνεχή ανάπτυξη του ελληνικού κράτους. Ένας από τους κλάδους που επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό, πράγμα που είχε αντίκτυπο στην ευρύτερη καλή υγεία των πολιτών, ήταν το υγειονομικό σύστημα, το οποίο καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης έγινε δυσπρόσιτο με αποτέλεσμα σήμερα να μην υπάρχει ισότητα σε επίπεδο παροχών υγείας για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού (Kondilis,2013, p.1).

Σύμφωνα με τους Kontodimoroulo et al(2007, p.49) η επίδραση της κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα, είχε μια εξελικτική πορεία προσβάλλοντας αρχικά τις πιο απομακρυσμένες περιοχές, που είχαν ούτως ή άλλως και σιγά σιγά αυτό επεκτάθηκε και στις μεγάλες πόλεις, με αποτέλεσμα σήμερα το φαινόμενο να έχει γιγαντωθεί και να είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμο.

Η Ελλάδα από το 2007 και μετά προσβλήθηκε περισσότερο από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τη κρίση και οι επιπτώσεις ήταν ραγδαίες κινούμενες με πολύ γρήγορους ρυθμούς σε όλα τα επίπεδα, εξού και η άμεση εμφάνιση των επιπτώσεων της σε όλες τις

περιοχές της, ακόμα και σε αυτές που θεωρητικά, ήσαν οι ποιο ανεπτυγμένες, δηλαδή οι μεγάλες πρωτεύουσες σε σχέση με τις επαρχιακές πόλεις και τα μικρά χωριά, οι επιπτώσεις στις οποίες αναφέρεται ο συγγραφέας της παρούσας μελέτης, με βάση και το θέμα που εξετάζει σχετίζονται κυρίως με το θέμα της υγείας, ο οποίος από τη μια είχε να αντιμετωπίσει αύξηση των περιστατικών και των θανάτων και από την άλλη να παρουσιάσει δυσκολία στην κάλυψη των αναγκών των Ελλήνων πολιτών να επηρεαστεί η προσβασιμότητα στις μονάδες υγείας (Kentikelenis,2010:1457).

Οι πρώτες νομοθετικές πράξεις για τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ ήταν η ίδρυση δικηγορικών γραφείων (1833) και περιφερειακών ιατρών (1852), η ίδρυση ιατρικών και ιατρικών γραφείων (1925), η ίδρυση δημόσιων πολυκλινικών υγειονομικής περίθαλψης (1937/92). / 1953 που ίδρυσε κοινοτικά τμήματα υγείας και στο τέλος της Ν.Δ. 67/1968 για απαιτητική αγροτική υπηρεσία (Θεοδώρου & Μητροσίλη, 1999). Την περίοδο αυτή (1969) ήταν αξιοσημείωτη η ιδέα του Υπουργού Υγείας της δικτατορίας Λ. Πατρών, η οποία όμως δεν υλοποιήθηκε και επικρατούσε ανησυχία για την ίδρυση συστήματος ΠΦΥ που να σχετίζεται με τη σχολή οικογενειακού ιατρού (Theodorou et. al., 1996). Με το σύνταγμα 1397/1983 (που ξεκίνησε με έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που εξέταζε την ίδρυση κέντρων υγείας και το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1981) που ανήκε στο κύριο σώμα της ΠΦΥ για τη δεοντολογία του Άλμα. ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, κύριος άξονας του οποίου, μεταξύ άλλων, είναι η ανάπτυξη της ΠΦΥ και προέβλεπε την ίδρυση 400 Κέντρων Υγείας, σε πόλεις και αγροτικές περιοχές, με μεγάλο αριθμό τοπικών ιατρείων, στελεχωμένων από οικογενειακούς γιατρούς. και ιατρών.η κατανομή της γης σε υγειονομικές περιφέρειες που καταλήφθηκαν από το 1953 με το Ν.Δ.2592 για την ίδρυση ΠΕΣΥ σχεδόν 50 χρόνια αργότερα με τον νόμο 2889/2001), η ίδρυση κέντρων ψυχικής υγείας και μάλιστα η ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών δεν έχει υλοποιηθεί και δεν έχει εφαρμοστεί ως αποτέλεσμα της εξέτασης το Κ.Υ. αποτυχία του

οικογενειακού ιατρού (Σωτηριάδου κ.ά., 2011). Ο λόγος είναι ότι ο νόμος που καθιέρωσε το νοσοκομειακό, υγειονομικό και νοσοκομειακό σύστημα δεν παρείχε κίνητρα για την προσέλκυση οικογενειακών γιατρών, δεν έδινε σημαντικές αρμοδιότητες στην περιφέρεια και υπήρχαν σχετικές αρμοδιότητες. Τέλος, με την απαγόρευση της ίδρυσης νέων ιατρείων, αύξησε τον ιδιωτικό τομέα στην ΠΦΥ λόγω της έλλειψης διαγνωστικών κέντρων. (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Το 1992 ο Νόμος 2071 επιχείρησε την «απελευθέρωση» του συστήματος υγείας. Η τρέχουσα εστίαση της ΠΦΥ είναι στην πρόληψη, την επιδημιολογική έρευνα, τη σχολική υγεία και τη διαχείριση μικροτραυματισμών υγείας, ενώ η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες εμπειρογνομώνων στο ΝΠΔΔ και στο ΝΠΙΔ. Το Κ.Υ. μεταφορά και χρηματοδότηση είναι ανεξάρτητα από τα νοσοκομεία.

Περιλαμβάνει επίσης το γραφείο τηλεφωνικών μονάδων, καθώς και την κατ' οίκον νοσηλεία, το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και την Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Σύντομα όμως, με τη μεταπολίτευση το 1993, ψηφίστηκε νέος νόμος 2194/94 με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του ΕΣΥ με τη μορφή του νόμου 1397/83. Φαίνεται ότι το τέλος της πολιτικής και η έλλειψη διακομματικού σχεδίου υγείας περιμένουν την ανάπτυξη ενός νέου συστήματος ΠΦΥ. Τρία χρόνια αργότερα ψηφίστηκε ο νόμος 2519/1997 με κύριο άρθρο το 31 για τη σύσταση «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» με σκοπό τη ρύθμιση του Κ.Υ., του Π.Ι. και πολυιατρεία ασφαλιστικών εταιρειών. Επιπλέον, έχει παράσχει νέες εγκαταστάσεις για την προαγωγή της υγείας, την έρευνα και την πρόληψη μέσω της εκπαίδευσης σε συμπτώματα και θέματα υγείας, πρακτικές πρόληψης και εκπαίδευσης, καταγραφής λοιμωδών νοσημάτων, σχολικών υπηρεσιών υγείας κ.λπ. Ο νόμος αυτός ψηφίστηκε χωρίς πολλή σκέψη, αφήνοντας την εντύπωση ότι δεν υπήρχε πραγματική πολιτική βούληση για την εφαρμογή του. (Υφαντόπουλος, 2005).

Μετά το 2000 ο Ν.3235/2004 επαναπροσδιορίζει τον σκοπό της ΠΦΥ,

αλλάζει τα γραφεία της ΟΚΑ σε Κ.Υ., προβλέπει την οργάνωση του νεοσύστατου ΠΕΣΥ (2889/2001), μιλά για μέτρηση προγραμματισμού επισκέψεων, σύστημα πιστοποίησης και υποστήριξη συστήματος τηλεϊατρικής. Η ΠΕΣΥ συμφώνησε στην ανάγκη αγοράς εξοπλισμού τηλεϊατρικής, ο οποίος είναι πλέον απαρχαιωμένος) και μετονόμασε το ιατρείο του οικογενειακού γιατρού και την ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Τέλος, με τον Ν.3918/11 ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ και μέχρι σήμερα είναι ευθύνη όλων των υγειονομικών φορέων του ΟΚΑ να ρυθμίζουν όλες τις υπηρεσίες ΠΦΥ, πλην του ΤΕΙ της χαουκαπίλας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011). Τελικά δεν συμπεριλήφθηκε ο ΟΚΑ, αν και το έργο του μέχρι σήμερα έχει προκαλέσει πολλές συνέπειες. Γίνεται αντιληπτό ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα απέχει πολύ από τους στόχους που έχουν τεθεί και επιτυγχάνονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Ενώ η σχετική νομοθεσία είναι σε καλό δρόμο, η εφαρμογή των τεθέντων ήταν μακροπρόθεσμα, σε σύγκρουση με τα δικαιώματα της περιφέρειας και των συνδικάτων. Η ασυνέχεια και η ανισότητα στην πολιτική, η ανισότητα των δικαιωμάτων, ο κατακερματισμός του συστήματος είναι ο κύριος λόγος για την υπανάπτυξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα που φαίνεται από την ανισότητα, το φτωχό προσωπικό, την έλλειψη προσφοράς Ελλείψεις κατοικιών και έλλειψη υπηρεσιών όπως οικογενειακή ιατρική, γηροκομείο και φιλοξενία. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008).

Επιπλέον, η ισχύουσα νομοθεσία είναι ανεπαρκής για μια τέτοια ΠΦΥ για την πρόληψη, την προαγωγή και την αγωγή υγείας, αν και μόνο η ψυχική υγεία και το ευρύ κοινό. Για παράδειγμα, η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες, η ανάπτυξη εναλλακτικών επιλογών φροντίδας και η ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων με βάση την κοινότητα δεν έχουν παρατηρηθεί στο παρελθόν.

Ο νόμος 4238/2014 για το ΠΕΔΥ και η αλλαγή στη βάση του ΕΟΠΥΥ κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση όσον αφορά την ένταξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα στην προσπάθειά της να ενσωματώσει τις υπηρεσίες της υπό έναν

ενιαίο φορέα με την ιδέα της δημιουργίας ενός παγκόσμιου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένο σύστημα με βάση τις αρχές της συνέχειας και της ισορροπίας.

Ωστόσο, οι βασικές αρχές του νόμου δεν επιβεβαιώνονται στα άρθρα του. Επιπλέον, η λειτουργία του ΠΕΔΥ ως αποκλειστικού προμηθευτή της ΠΦΥ δεν συνάδει με τον διαχωρισμό από τα καταστήματα του ΕΟΠΥΥ αλλά με την έλλειψη γνωστοποίησης στα νοσοκομεία, αφήνοντας χώρο για οποιοδήποτε μέρος του συστήματος. Η ίδρυση και λειτουργία του Κ.Υ. για το μέλλον μέσα από ακούσιες υπουργικές αποφάσεις για τα χρήματά τους, δημιουργώντας αμφιβολίες για τη βιωσιμότητα της πολιτικής βούλησης για τις πράξεις τους. Αν και η διαθεσιμότητα κατοικιών εντός 24 ωρών δεν καθορίστηκε και ελήφθησαν οι κατάλληλες αποφάσεις. Το μειονέκτημα είναι η έλλειψη σταδίου μετατροπής μέχρι να εφαρμοστούν πλήρως οι προμηθευτές. Αν και παλαιότερα ήταν γνωστή η επιβίωση μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας, τη συγκεκριμένη γλώσσα τη γνωρίζει μόνο ο οικογενειακός γιατρός, γεγονός που αντικατοπτρίζει τον αρθροκεντρικό χαρακτήρα του νόμου. Οι ευθύνες του οικογενειακού ιατρού σε σχέση με ένα σύστημα που βασίζεται σε ασθένειες οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη σημασία της θεραπείας των ασθενών και της καθοδήγησης των άλλων επιπέδων του συστήματος υγείας, πράγμα που είναι αλήθεια, πιστοποιημένο από ειδικούς που παρέχονται για την προετοιμασία της οικογένειας. Ιατρικές πρακτικές. Επιπλέον, η επιλογή οικογενειακού ιατρού μέσω του τοπικού δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ και η ίδρυση ιατρικού κέντρου αποτρέπουν την ανάγκη ελεύθερης επιλογής.

Όσον αφορά τον αποκλειστικό ρόλο του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου υπηρεσιών υγείας, υπάρχει το πρόβλημα της πρόκλησης ερωτημάτων για τον παγκόσμιο χαρακτήρα και την ποιότητα της κάλυψής του, διότι δεν επεξηγήθηκαν οι όροι των συμφωνιών και ο τρόπος πληρωμής. Συμφωνηθέντες φορείς.

Στην περίπτωση της συστημικής υποχρηματοδότησης, οι κρατικοί

φορείς έχουν συμφωνήσει να επιβάλλουν τιμή σε ιδιωτικά κεφάλαια (Νιάκας, 2014). Σε ό,τι αφορά την αλλαγή θέσεων πλήρους απασχόλησης και ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών/οδοντιάτρων, η μικρή απελευθέρωση λαμβάνει χώρα με κίνδυνο ανεπαρκούς κάλυψης αυτών των συνθηκών, και αν αφηθεί κενό θα εξαλειφθεί με υποστελέχωση του συστήματος.

Στην περίπτωση των τηλεφωνικών ομάδων ΠΦΥ, φαίνεται ότι μπορούν να συσταθούν από διαφορετικούς φορείς, στην πραγματικότητα να οδηγήσουν σε επικαλύψεις αρμοδιοτήτων ή να αποτρέψουν την ευθύνη. Επίσης, όσον αφορά την πρόληψη των νεογνών, ο οργανισμός που εφαρμόζει το πρόγραμμα δεν είναι γνωστός. Οι έννοιες της προαγωγής της υγείας και της εκπαίδευσης έχουν εξαφανιστεί εντελώς από το νόμο, παρόλο που η ιδέα της πρόληψης πρέπει να γίνει εν μέρει. Η διευθέτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κατ' οίκον φροντίδας δεν είναι μοναδική, αν και δεν παρέχονται άλλες μορφές περίθαλψης.

Τέθηκαν ερωτήματα σχετικά με τη δικαιοσύνη και την καθολικότητα της κάλυψης επειδή δεν προσδιορίστηκε ο μη εγγεγραμμένος πληθυσμός αλλά και για το πώς θα χρηματοδοτηθεί το σύστημα ως αυτονόητο, ώστε να είναι σταθερό. Συμπερασματικά, ο Ν.4238/2014, ενώ καλύπτει τα μέχρι τώρα κενά που σχετίζονται με την ένταξη των υπηρεσιών και την αποκέντρωση του συστήματος, θεωρείται καταστροφή με τη μορφή της εφαρμογής του, την κάλυψη των ευρέων αρχών του και την πολιτική βούληση να εκτελέσει τα λόγια του, διότι δεν υπήρχε χρόνος για την έκδοση των απαιτούμενων για την εφαρμογή Υπουργικών αποφάσεων (δηλαδή τις ιδιαιτερότητες των διατάξεων του νόμου που αφορούν την έκδοση περισσότερων από είκοσι (20) υπουργικών αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της πλειοψηφίας των κοινών υπουργικών αποφάσεων)

Σήμερα στην Ελλάδα υφίσταται μια ευρύτερη δυσλειτουργία του συστήματος, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και η προσβασιμότητα. Προτού καθοριστούν τα

προβλήματα, θα οριστούν οι τρεις αυτές έννοιες. Συγκεκριμένα οι ορισμοί τους είναι οι ακόλουθοι:

1. Σύμφωνα με τον Evans *«Η αποδοτικότητα συσχετίζεται άμεσα με το ύψος των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία και οριοθετεί το επίπεδο ανάπτυξης της»*(Κοτσιολούδης, 2008).
2. Σύμφωνα με τον OECD το 2005, η αποτελεσματικότητα ορίζεται ως: *«Η ανάπτυξη επιτυχημένων δράσεων, σ' όλα τα επίπεδα της υγείας οι οποίες βασίζονται στο καλύτερο δυνατό κόστος καλύπτοντας συγχρόνως επιτυχημένα τις ανάγκες των πολιτών»*(OECD,2015).
3. Σύμφωνα με τον Ratzka το 1994, η προσβασιμότητα ορίζεται ως εξής: *«Η προσβασιμότητα είναι το χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επιτρέπει σε όλα τα μέλη της κοινωνίας χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες και αγαθά»*(Lee,2014).

Έχοντας ορίσει τις τρεις αυτές έννοιες η συγγραφέας, θα προχωρήσει στη μελέτη των προβλημάτων που προέκυψαν σε σχέση με αυτές στο ΕΣΥ, πριν τη ψήφιση του νέου νόμου. Σύμφωνα με το Ζυλίδη το 2012, τα προβλήματα των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σχέση με τις συγκεκριμένες έννοιες εντοπίζονται κυρίως στη διαχείριση των οικονομικών πόρων και λιγότερο στη στελέχωση τους.

Αρχικά σε σχέση με την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μεγάλη συγκέντρωση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, ειδικά σε νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων οι οποίες προϋποθέτανε μεγάλες δαπάνες και προμήθεια υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, δεδομένα που οδήγησαν στη χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος.

Από την άλλη σε επίπεδο προσβασιμότητας υπήρχε υψηλό κόστος με

αποτέλεσμα να παρατηρείται η απομόνωση ειδικά των ατόμων με ειδικές ανάγκες αλλά και η εξάρτηση τους από την κοινότητα. Συγχρόνως το κόστος βελτίωσης, εφόσον δεν υπήρχε κατάλληλος προγραμματισμός ήταν αρκετά υψηλό και μη διαχειρίσιμο.

Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε από το 2008 και μετά μια ευρεία συρρίκνωση της ανάπτυξης της οικονομίας λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η οποία είχε εκδηλωθεί λίγο νωρίτερα, στις ΗΠΑ και στη συνέχεια πρόσβαλε όλες τις οικονομίες κυρίως της Ευρώπης(International Monetary Fund,2010).

Η αρνητική πορεία της οικονομίας από εκείνο το χρονικό σημείο και μετά επηρέασε αυξητικά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας προς το δημόσιο, δεδομένου ότι η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έστρεψε την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες είχαν ασφαλιστική κάλυψη και ήταν ουσιαστικά δωρεάν(Κυριόπουλος και Τούντας,2010. p.837).

Η κατάσταση αυτή δημιούργησε αυξημένες πιέσεις, πολύ περισσότερες από τις υπάρχουσες επιβαρύνοντας ακόμα περισσότερο το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα, καθιστώντας το ακόμα πιο αναποτελεσματικό και μειώνοντας περισσότερο την αποδοτικότητα του(Economou and Giorno,2009, p.28).

Σύμφωνα με τους Bjornberg et al(2009, p.29) η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας από την έναρξη της κρίσης και μετά είναι πολύ μικρή, αυτό φαίνεται μέσα από τη δυσαρέσκεια των πολιτών σε σχέση με τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, σε σχέση με την παραοικονομία, τη μεγάλη αναμονή, τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.λ.π. Προς επιβεβαίωση των ανισοτήτων στην υγεία, μπορεί να γίνει αναφορά σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε από τους Geitona, Zavra και Kygiouroulo το 2007 και η οποία αναφέρει ότι σε σχέση με την υγεία, τα φτωχά και άπορα άτομα

παρουσίασαν από την έναρξη της κρίσης και μετά χειρότερη υγεία. Πιο ειδικά οι φτωχοί στην Ελλάδα, παρουσιάζουν σε ποσοστό 35% ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας, σε σχέση με τους μη φτωχούς (Geitona et al, 2007, pp.144-150).

Ένα άλλο πρόβλημα το οποίο εντοπίστηκε και αποτελεί μια από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ισότητα πρόσβασης στην υγεία είναι τα ελλείμματα τα οποία παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας πράγμα που μειώνει την οικονομική τους δυναμική, ώστε να παρέχουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται οι πολίτες, εμποδίζοντας ουσιαστικά λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων τη πρόσβαση σε πολλούς ασθενείς (Simou and Koutsogeorgou, 2013). Ο ιδιωτικός τομέας δεν μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό αντίβαρο, μια και αυτός θα επηρεαστεί από τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, προς επένδυση σε ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010:837).

Αυτό το οποίο περιγράφεται στη παραπάνω παράγραφο, σχετίζεται από τη δομή και φιλοσοφία του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο επί χρόνια επιδοτούνταν κατά 70% από το δημόσιο μέσω των φόρων και το υπόλοιπο 30% καλύπτονταν από τα δημόσια ταμεία (ΕΟΠΥΥ σήμερα ΠΕΔΥ), μέσω των ασφαλιστικών εισφορών (Ν.4238). Αυτή η φιλοσοφία έχει οδηγήσει σήμερα από τη μια στην αδυναμία των νοσοκομείων να πληρώσουν τις υποχρεώσεις τους, στην ύπαρξη ταμείων με μεγάλα χρέη, στην αδυναμία παροχής και πρόσβασης λόγω έλλειψης χρημάτων στους πολίτες. Οι ρυθμίσεις που ζήτησε η "Troika" μείωσαν το προσωπικό, επηρέασαν τις υποδομές και επηρέασαν ακόμα περισσότερο τη προσβασιμότητα των πολιτών στην υγεία (Niakas, 2013:597-599).

Με βάση τη μέχρι τώρα ανάλυση γίνεται κατανοητό ότι από τη μια η οικονομική κρίση αύξησε τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω της κοινωνικής και οικονομικής εξαθλίωσης των πολιτών, πράγμα που αύξησε και την ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, ενώ από την άλλη

αποδυνάμωσε το υγειονομικό σύστημα της χώρας(Lee,2017). Αυτός ο συνδυασμός είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της προσβασιμότητας στους πολλούς, στη δημιουργία ανισοτήτων, στη δημιουργία ενός συστήματος υγείας μόνο για τους έχοντες. Μένοντας λίγο στη συγκεκριμένη διαπίστωση, θα γίνει μια ευρύτερη αποσαφήνιση των δυο προαναφερόμενων περιοχών που ευθύνονται για τη δημιουργία ανισοτήτων στο ελληνικό σύστημα υγείας(Lee,2017). Συγκεκριμένα τα κρούσματα που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα οποία αύξησαν τη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, επηρεάζοντας τη δυνατότητα του υγειονομικού συστήματος να τα καλύψει είναι η αυξημένη ισχαιμική καρδιοπάθεια, η κατάθλιψη, οι αυτοκτονίες κ.λ.π όλα τα παραπάνω είναι απόρροια της ανεργίας, της αδυναμίας κάλυψης οικονομικών υποχρεώσεων, του άγχους κ.λπ. (OECD, 2012).

Σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας και προσβασιμότητας δεδομένων των καταστάσεων ο τομέας της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, έχει αποδυναμωθεί και υπολειτουργεί χωρίς σήμερα να έχει τη δυνατότητα να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού, ενώ συνάμα έχει περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τη πρόσβαση των πολιτών ειδικών των φτωχότερων στις υπηρεσίες υγείας. Σε ιδιωτικό επίπεδο η παροχή υπηρεσιών υγείας, λόγω του αυξημένου κόστους αποτελεί πολυτέλεια(Πατελάρου κ.α,2011:53-54).

Δίνοντας επιπρόσθετα στοιχεία, τα οποία αιτιολογούν τις αρνητικές επιπτώσεις στην ισότητα της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα, μπορεί να γίνει αναφορά στα ακόλουθα (OECD,2014): α) Η μείωση από το 2010 και μετά λόγω των κυβερνητικών μέτρων σε συνεργασία με τη Τροϊκα των δαπανών υγείας, είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, β) Αναποτελεσματική κατανομή των πόρων στην υγεία απόρροια του αυξημένου αριθμού γιατρών ανά 1000 κατοίκους σχεδόν 6,1, διπλάσιο από το μέσο όρο του ΟΑΣΑ, ενώ από την άλλη υπάρχουν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους

ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ, αυτό σε συνδυασμό μέσα στη κρίση με τη μείωση και των γιατρών, προκάλεσε πρόβλημα σε επίπεδο εξυπηρέτησης περιστατικών και αποδυνάμωσε τον δημόσιο τομέα υγείας, γ) Η Αύξηση του προσδόκιμου όρου ζωής επιβάρυνε τα αποδυναμωμένα ταμεία, τα οποία σήμερα δεν μπορούν οικονομικά να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών, από την άλλη η αύξηση της θνησιμότητας από όχι φυσικές αιτίες και ειδικά στις μικρότερες ηλικίες περιόρισε τη δυναμική του συστήματος υγείας σε επίπεδο εξυπηρέτησης(OECD,2012).

Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι το υγειονομικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αποδυναμωθεί πλήρως από τη μια γιατί τα ασφαλιστικά ταμεία δεν μπορούν να καλύψουν οικονομικά τις ανάγκες των ασθενέστερων οικονομικών και κοινωνικών ομάδων και από την άλλη διότι οι φορείς υγείας δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών που έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης, αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της προσβασιμότητας στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, ειδικά για τους οικονομικά ανίσχυρους, οι οποίοι συνάμα δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφάλιση, άρα μένουν εντελώς ξεκρέμαστοι σε επίπεδο υγείας κινδυνεύοντας να μην έχουν την απαιτούμενη ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη που τους αξίζει γι' αυτούς και τις οικογένειες τους.

Η ανασυγκρότηση και αναδιάρθρωση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, εστίασε κυρίως στην αντιμετώπιση των βραχυπρόθεσμων καταστάσεων, εστιάζοντας σε μια μόνο πολιτική αντιμετώπισης αυτή της μείωσης των εξόδων, πράγμα που αποτέλεσε και αποτελεί μια μονοδιάστατη προσέγγιση, η οποία επηρέασε και επηρεάζει το ελληνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα, μειώνοντας τους πόρους σε αυτό και επηρεάζοντας τη πρόσβαση στο σύνολο των πολιτών(Simou and Koutsogeorgou,2013:1).

Στη παρούσα ενότητα βάση βιβλιογραφίας θα αναπτυχθούν

βασικές προτάσεις με στόχο να δοθεί λύση στο πρόβλημα της ίσης πρόσβασης όλων των πολιτών στη νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Συγχρόνως θα δοθεί η διαδικασία βάση της οποίας μπορεί το κόστος αυτό να καλυφθεί να υπολογιστεί αλλά και να είναι χαμηλό. Αρχικά θα τεθούν οι άξονες, στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ο σωστός υπολογισμός και τέλος οι πηγές χρηματοδότησης του κόστους. Σήμερα σύμφωνα με τον Κυριόπουλο(2009) η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και της πρόσβασης στην υγεία αποτελεί βασική προτεραιότητα του ελληνικού κράτους(Κυριόπουλος,2009). Παρακάτω ορίζονται επιχειρησιακοί στόχοι οι οποίοι από τη μια θα βοηθήσουν στη μείωση του κόστους στην υγεία και από την άλλη στην παροχή πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού, οι συγκεκριμένοι στόχοι απορρέουν και από οδηγίες του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας και αναφέρονται στην ανάπτυξη κανονισμών, στα οικονομικά της υγείας, στο ασφαλιστικό σύστημα και στη διαχείριση του κόστους. Συγκεκριμένα αυτοί είναι ακόλουθοι(ΠΟΥ,2009):

1. Σε επίπεδο κανονισμών η διαδικασία διανομής του πλούτου με βάση τις αρχές της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης θα επιφέρει βελτίωση της κατάστασης. Καθορισμός ελεγκτικών οργάνων, για το περιορισμό παρασπονδιών στην υγεία και για την δίκαια κατανομή των πόρων, ώστε να καλύπτονται περισσότερες ανάγκες Ελλήνων πολιτών.
2. Σε επίπεδο οικονομικών της υγείας η καλύτερη αξιοποίηση των ευρωπαϊκών κονδυλίων, προγραμμάτων όπως το Official Development Assistant, θα βοηθήσουν ώστε να καλυφτούν οι ανάγκες πρόσβασης των ευάλωτων οικονομικά ομάδων.
3. Το ελληνικό κράτος σε επίπεδο οικονομικών της υγείας πρέπει να αντιλαμβάνεται την υγεία ως ένα τομέα ανάπτυξης και επενδύσεων, ο οποίος μπορεί να φέρει κέρδη, άρα να δώσει και προσβασιμότητα στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού.
4. Το κάθε Υπουργείο σε θεσμικό επίπεδο πρέπει να πράττει με γνώμονα

την υγεία των πολιτών, προωθώντας και στηρίζοντας τις πολιτικές υγείας.

5. Καλύτερος έλεγχος των προγραμμάτων υγείας με στόχο το περιορισμό της σπατάλης, ώστε να εξοικονομηθούν χρήματα, τα οποία θα αξιοποιηθούν καλύτερα για τη προσβασιμότητα των πολιτών και θα ενισχύσουν το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο νοσεί.
6. Επαναπροσδιορισμός της αντιμετώπισης των νοσημάτων και ειδικά των χρόνιων με την εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων, για τη διαχείριση νοσημάτων όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, οι καρδιοπάθειες, τα ψυχικά νοσήματα με τιμές που να αντικατοπτρίζουν τη πραγματικότητα και τις ανάγκες του σήμερα(Βλάχος,2008).
7. Εξασφάλιση χρημάτων μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας, τη διαφανή αξιολόγηση του ελέγχου και της απόδοσης, βασισμένη σε κριτήρια που ορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση, τέλος βελτίωση των εγκαταστάσεων. Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών θα μειώσει τις σπατάλες σε κόστη που έχουν να κάνουν με τη κακή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, εξοικονομώντας χρήματα προς επένδυση στη προσβασιμότητα.
8. Δίκαια και ίση χρηματοδότηση των μονάδων υγείας σε όλη την ελληνική Επικράτεια, με βάση τις ανάγκες της.
9. Αύξηση των φόρων του καπνού, του οινοπνεύματος, της ζάχαρης και του αλατιού, κάτι που θα επιφέρει πρόσθετους φόρους προς επένδυση.
10. Να γίνει σωστή αξιολόγηση των αναγκών σε θέσεις εργασίας, να προσελκυσθούν νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι θα έχουν χαμηλότερο κόστος παραγωγής. Μέσα από αυτή τη διαδικασία θα αυξηθεί το προσωπικό και θα καλύπτονται καλύτερα οι ανάγκες των πολιτών.

Ο συνδυασμός μείωσης κόστους υπηρεσιών, βελτίωσης των υποδομών, επένδυσης σε νέες τεχνολογίες, αντιμετώπιση της

διαφθοράς, θα βοηθήσει από τη μια στην εξοικονόμηση πόρων και από την άλλη στη μείωση του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών στην υγεία.

Συνάμα κατά τον υπολογισμό του κόστους είναι βασικό να υπολογίζεται σφαιρικά ανά περιοχή το μέγεθος του πληθυσμού, ο πληθυσμός των γυναικών, οι γεννήσεις, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών, οι χρόνιοι πάσχοντες, τα ηλικία θνησιμότητας, η αναλογία σε πληθυσμό της χώρας και τέλος οι συνολικές δαπάνες, μέσα από αυτό το σύστημα θα μπορεί το κράτος να αναγνωρίζει με ακρίβεια τις ανάγκες ανά περιοχή και να κάνει το κατάλληλο προϋπολογισμό, ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Ευκαρπίδης, 2010; ΕΟΠΥΥ, 2012). Ο τύπος υπολογισμού ο οποίος προβλέπει τις παραπάνω παραμέτρους και μπορεί να οδηγήσει σε σωστό προϋπολογισμό κάλυψης αναγκών πληθυσμού ανά περιοχή, είναι ο ακόλουθος: $RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i / P_n) \cdot THE$, όπου α) RHE: Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής, β) P_i : πληθυσμός περιοχής, γ) f_i : πληθυσμός γυναικών περιοχής, δ) b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής, ε) a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών, ζ) cm_i : πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής, η) smr_i : προτυποποιημένα ηλικία θνησιμότητας περιοχής, θ) p_n : πληθυσμός χώρας, ζ) THE: συνολική δαπάνη υγείας (ΕΟΠΥΥ, 2012).

Ο σωστός υπολογισμός του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών, ανά περιοχή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους και τα αποτελεσματικά χρηματοδοτικά προγράμματα, θα βοηθήσει ώστε όλοι οι Έλληνες πολίτες να έχουν πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα υγείας της χώρας (Lee, 2017).

4.1.2 Αξία της υπηρεσίας και ικανοποίηση του ασθενή

Τα τρέχοντα οφέλη για την υγεία καθώς αυξάνονται στο παγκόσμιο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον είναι κρίσιμα για την ανάπτυξη της

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (PHC) όπως περιγράφεται από τον Alma-Ata (1978) που μετέφερε τη γνώση του Μάλερ για το σύμπαν μέχρι το 2000» (Χριστοφορίδου, 2005). Η PHC αφορά τις ολιστικές υπηρεσίες και όχι τον στενό ορισμό της υγείας και το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Ταυτόχρονα, είναι η πρώτη θέση στην κοινότητα με το σύστημα υγείας και ως εκ τούτου μπορεί να λειτουργήσει ως έλεγχος πρόσβασης στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Στόχοι του είναι η πρόληψη, η προαγωγή και η διαχείριση της υγείας, φροντίδας και αποκατάστασης που εξυπηρετούν τους κοινούς στόχους της ποιότητας ζωής και ευεξίας που συνδέονται με τη σωματική και ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, την ανεξαρτησία του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις (Ιωαννίδης και συν. , 1999). Οι βασικές αρχές της ΠΦΥ είναι η κοινωνική ισότητα, η ισότητα, η πρόσβαση και η πρόσβαση ταυτόχρονα ως προς τη συμμετοχή του πληθυσμού, την αποκέντρωση των ιδρυμάτων της και τη διατομεακή οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011). Ο Lalonde εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι (Lalonde, 1980):

- α) οι ανεπάρκειες των υπάρχοντων συστημάτων υγείας,
- β) ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- γ) οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- δ) οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο συνέβαλε καθοριστικά στην ανάπτυξη του κινήματος για την ποιότητα της υγείας, καθώς είναι το πρώτο έγγραφο σήμερα, το οποίο αναγνωρίζει επίσης κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες με ευθύνη για την κατάσταση της ανθρώπινης υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που επιτρέπονται. από βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική γνώση.

Επιπλέον, η έκθεση του Υπουργού Υγείας κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής ήταν ο κύριος και σημαντικότερος παράγοντας στην ανάπτυξη της νόσου και ως εκ τούτου θα πρέπει να δοθεί σημασία στην

προστασία της. Αυτή η έκθεση διαχώρισε την ποιότητα της υγείας από τη θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών και συνεχίζει μέχρι σήμερα να ενισχύει την επιστημονική σκέψη στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η ποιότητα της υγείας, σύμφωνα με αυτήν την έκθεση για υγιείς ανθρώπους που επιδιώκουν να διατηρήσουν και να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα κάθε υπηρεσίας που προορίζεται για την υγεία. Το καλύτερο είναι ένα καθολικό όφελος. Στη δεκαετία του 1980, η καλή υγεία έγινε αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών και συνεδρίων. Κείμενα όπως «στόχοι υγείας για όλους το 2000» από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ και ο Χάρτης της Οττάβα για την ποιότητα της υγείας είναι το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής. Σε όλα αυτά τα κείμενα, η καλή υγεία δεν θεωρείται ως υπηρεσία υγείας, καθώς είναι ένα ευρύ κίνημα που περιλαμβάνει μια ομάδα δραστηριοτήτων που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία και την ευημερία Καναδάς. Λεπτομέριες: 1. Το έτος 2000, η Ποιότητα Υγείας εισήχθη σε όλες τις πολιτείες για τη βελτίωση της δημόσιας και επαγγελματικής υγείας και την αύξηση της ευαισθητοποίησης για την υγεία αλλού. 2. Υγιές Από το 2000, έχουν γίνει προσπάθειες σε όλα τα κράτη για την προώθηση και υποστήριξη της υγιεινής ζωής με σωστή διατροφή, σωματική δραστηριότητα, καλή υγεία, διαχείριση βάρους και άλλα οράματα για υγιεινή ζωή. Ο ορισμός που δόθηκε στο συνέδριο της Οττάβα "καλή υγεία είναι η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι μπορούν να προστατεύσουν και να βελτιώσουν την υγεία τους", ενισχύοντας τους προσωπικούς πόρους και τη σωματική ευεξία όλων. Αυτό το άτομο που θεωρείται η πηγή της καθημερινής ζωής δεν ανήκει αυτόν. κύριος λόγος. Η βασική φιλοσοφία του χάρτη της Οττάβα είναι (ΠΟΥ, 2019): « - προσθέστε χρόνια στη ζωή, - προσθέστε χρόνια στη ζωή». Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η φιλοσοφία απαιτείται όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε: "- δημόσια πολιτική: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το

σχεδιασμό αυτών των πολιτικών,

1.υγιές περιβάλλον: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος -στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλει στην ποιότητα της υγείας,

2.υγιή τρόπο ζωής: με την αύξηση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,

3.υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ ποιότητας της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης”.

Η Πολιτική Υγείας του ΠΟΥ συνεχίζεται χωρίς εξαίρεση και επιβεβαιώθηκε στη διεθνή διάσκεψη της Τζακάρτα.

4.1.3 Κύκλος ποιότητας

Ένα θετικό περιβάλλον βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την πλήρη ικανοποίηση του «πελάτη» με τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Βασική αρχή του θετικού πλαισίου είναι η έννοια του «πελάτη» σε σχέση με τον τελικό χρήστη των υπηρεσιών (εξωτερικός πελάτης) και κάθε άτομο ή μέρος του οργανισμού να ενεργεί και ταυτόχρονα να παρέχει μια ενδιάμεση υπηρεσία ή προϊόν (εξωτερικός πελάτης). Η ικανοποίηση λοιπόν του «πελάτη» σχετίζεται με κάθε στάδιο της διαδικασίας με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της ποιότητας του τελικού προϊόντος/υπηρεσίας. Η εφαρμογή του ICO διασφαλίζει ότι το πνεύμα της συνεργασίας οδηγεί σε αυξημένη ικανοποίηση των πελατών, μειωμένο κόστος, αυξημένη παραγωγικότητα και βελτιωμένες συνθήκες εργασίας.

4.1.4 Κύκλοι Ποιότητας «Quality Control Cycles – QCC»

Οι καλοί κύκλοι είναι ομάδες εργαζομένων (συνήθως 6-12 στον αριθμό) που είναι μέλη της ίδιας ομάδας αλλά διαφορετικών τμημάτων, που συναντώνται τακτικά (μία φορά την εβδομάδα) και ελπίζουν να λύσουν προβλήματα με το να τους εμποδίσουν και να εκτελέσουν καλά έργα. Το πιο σημαντικό, τα μέλη της ομάδας έχουν γνώση αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων, αριθμητικού ελέγχου και ομαδικής εργασίας. Η οργάνωση διευθύνεται από έναν εκδότη, αν και τα μέλη της καλύπτουν όλα τα είδη δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στην περιοχή στην οποία εκπροσωπούν (Ovretveit, 1992). Για να θεωρηθεί επαρκής, πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα πρόσληψης συμβούλων, οι οποίοι θεωρούνται ειδικοί. Η αμοιβή συμμετοχής των μελών των εταιρειών στα προγράμματα των ιδεών – αιτήσεων προς το ανώτερο στέλεχος είναι πληρωμένη και όχι χρηματική. Η ομάδα καλείται να λύσει ένα δεδομένο πρόβλημα και να αναπτύξει μια λύση. Η εταιρεία αναφέρει τα αποτελέσματα των ενεργειών του στον πιλότο, ο οποίος συμφωνεί με αυτά. Τα αποτελέσματα των πράξεων δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα, την αρχή ενός νέου κύκλου καλοσύνης (Μπινιώρης, 2008).

4.1.5 Δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου

Με δεδομένη την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη ότι δείκτες υπάρχουν τόσο όσοι θα ήθελε κάποιος να έχει και προκειμένου να υπάρχει όσο το δυνατόν πληρέστερη και σαφή εικόνα της νοσοκομειακής μονάδας, οι δείκτες θα πρέπει να αναπτύσσονται σε ορισμένο πλαίσιο (Μπινιώρης, 2008):

- Να σχετίζονται με τη νοσοκομειακή μονάδα συνολικά,
- Να σχετίζονται με τη διαχείριση ενός κλινικού τμήματος ειδικότερα,

- Να σχετίζονται με τον ασθενή,
- Να εξαρτώνται από το γιατρό-χρήστη,
- Να εξαρτώνται από το νοσηλευτή – χρήστη,
- Να εξαρτώνται από το διοικητικό-χρήστη.

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί μια επιστημονικά αποδεκτή βάση δεδομένων στο χώρο της υγείας, η οποία να πηγάζει από τον καλά δομημένο Ιατρικό-Κλινικό Φάκελο που απαιτείται πλέον να είναι αυτοματοποιημένος (computerized) και προσανατολισμένος στον ασθενή και τις ανάγκες του (patient). Προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός λειτουργικότητας ή δυσλειτουργικότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας, προτείνονται οι ακόλουθοι δείκτες (Μπινιώρης, 2008).

4.1.6 Νοσοκομειακοί Δείκτες ποιότητας

Δείκτης Υπερκάλυψης κλινών: Μέσος αριθμός νοσηλείας σε κλίνη εκτός θαλάμου. Όσο ο δείκτης αυξάνει, η γενική εικόνα ποιότητας της νοσοκομειακής μονάδας γίνεται αρνητικότερη.

Δείκτης Μη Καταλληλότητας: Μέσος χρόνος νοσηλείας ασθενή σε ιατρικό τμήμα στο οποίο δεν ανήκει. Για παράδειγμα παθολογικός ασθενής σε χειρουργικό τμήμα, λόγω υπερκάλυψης των παθολογικών κλινών. Αυτό αναδεικνύει, εάν οι κλίνες του παθολογικού τμήματος έχουν ικανοποιητική ή όχι κατανομή των κλινών σε σχέση με τις χειρουργικές κλίνες.

Δείκτης αποδοτικότητας νοσηλευτικής μονάδας: Μέσος όρος πραγματοποίησης ιατρικών οδηγιών (π.χ. αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων) από το χρονικό σημείο που εντέλλονται (ιατρικό αίτημα).

Δείκτης προσβασιμότητας: Πόσο καλά ένα Νοσοκομείο μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση και, κατά συνέπεια, εάν οι πηγές κόστους είναι επαρκείς και αν οι δραστηριότητες του νοσοκομείου κατανέμονται

ορθολογικά.

Δείκτης Εξιτηρίων: Κατανομή διαγνώσεων μέσω των εξιτηρίων πορισμάτων. Για παράδειγμα: Πόσο επί τοις εκατό των ασθενών ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου είναι πράγματι καρκινοπαθείς σε σχέση με την αρχική διάγνωση- εισαγωγή τους.

4.1.7 Δείκτες που αφορούν το Νοσηλευτικό τμήμα

Σχεδόν όλα τα θέματα που σχετίζονται με τον χώρο του Νοσοκομείου μπορούν να χρησιμοποιηθούν ξεχωριστά σε σχέση με κάθε ιατρική κλινική, λόγω του γεγονότος ότι παρουσιάζουν σχετικές πληροφορίες, π.χ. και επικάλυψη αναλογιών. Τα δεδομένα μπορούν να θεωρηθούν ως αμφίδρομη σχέση, αν και υπάρχει ομοιότητα στη διαχείριση των πόρων από τον Διευθυντή του τμήματος σε σχέση με τον Διευθυντή του Νοσοκομείου. Μερικοί νέοι δείκτες για την απόδοση του τμήματος υγείας: Αριθμός διαμόρφωσης εισόδου: Η ποσότητα δραστηριότητας στην οποία βρίσκεται η επιχείρηση στον προεπιλεγμένο χρόνο εισαγωγής βάσει του δείγματος, προγραμματισμένη χημειοθεραπεία.

Προσδόκιμο ζωής: Εάν η μέση διάρκεια παραμονής σχετίζεται με τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις για τη συγκεκριμένη νόσο, τότε θα σχετίζεται με τον συνδυασμό φαρμάκων για τη νόσο.

Βαθμολογία μακροζωίας παραμονής στο νοσοκομείο: Προσδιορισμός του MDN ενός ασθενούς σε σχέση με το MDN που έχει εγκριθεί από την επιστήμη για τον ασθενή.

Κατάλογος ιατρικών πρακτικών: Συνήθως, περιλαμβάνεται από τη συμμετοχή στην ιατρική πρακτική.

Ροή ασθενειών: Αναφέρεται στη μεταφορά ασθένειας μεταξύ τμημάτων μετά από ιατρική εντολή. Όλα τα συμπτώματα μπορούν να αντιπροσωπεύουν ολόκληρη την νοσοκομειακή κοινότητα παρά τις

ανησυχίες που εκφράζονται στο έγγραφο.

4.1.8 Δείκτες που αφορούν τον Κλινικό Φάκελο

Απόδειξη της ποιότητας των ιατρικών φακέλων: Επισημαίνουν έντονα την ποιότητα των ιατρικών αρχείων ως πηγή γνώσης. Λεπτομέρειες: Ευρετήριο πληρότητας: Εάν υπάρχει λόγος πρόσβασης στον Ιατρικό φάκελο, συμπληρώστε το ιστορικό κληρονομικότητας ή το ιατρικό περιοδικό.

Διαδικασία απόφασης: Το ιατρικό ημερολόγιο περιγράφει τις συνολικές αποφάσεις και τις ευθύνες υγείας των νοσηλευτών.

Βαθμολογία εξαίρεσης: Μετράται από το σκοπό της παρέμβασης - τις θεραπευτικές διαδικασίες - την τελική διάγνωση και τη διαμόρφωση του σώματος.

4.1.9 Δείκτες ποιότητας Μεθοδολογίας ιατρικού φακέλου

Αυτοί οι δείκτες δείχνουν εάν ο φάκελος σχετίζεται με την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των ιατρικών διαδικασιών. Συγκεκριμένα, μετρούν τον λόγο της εμπλοκής, την επιβίωση μιας λίστας προβλημάτων, την επεξήγηση των ιατρικών αποφάσεων και τον αριθμό των συνθετών που αντιμετωπίζουν τα προβλήματα του ασθενούς.

Ιατρικός Οδηγός: Σχετικά με τους κανόνες και τα βασικά στοιχεία της ιατρικής και τη σημασία της ιατρικής διαδικασίας.

Κατάλληλη μέτρηση: Διατομική ιστολογική διαγνωστική ή αυτοψία και κλινική χρησιμότητα για την αξιολόγηση της κατάστασης ενός ασθενούς κατά την εισαγωγή και την έξοδο σε σχέση με τον βαθμό επίλυσης των επιπλοκών του/της. Η πρακτική προσέγγιση της Μεθοδολογίας: ασχολείται με τον αριθμό και τις συγκεκριμένες λεπτομέρειες και δραστηριότητες των εργαζομένων.

Έτσι, η ιδιαιτερότητα των δεικτών υποδηλώνει την επιβίωση τριών βασικών παραγόντων που τους δημιουργούν: τη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης, τη διαδικασία διαχείρισης και την τεχνολογία. Διαθέτει επίσης τη δυνατότητα ανάπτυξης ολοκληρωμένων διαδικασιών διαχείρισης παραγωγής, οικονομικής ανάλυσης. Τέλος, η ευχαρίστηση αυτών των χαρακτήρων δεν ανταποκρίνεται στους στόχους που υποτίθεται ότι είναι τόσο ευχάριστοι στον έναν όσο σε βάρος του άλλου και αυτή είναι η δυσκολία.

Κεφάλαιο 5^ο Αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας

5.1 Αξιολόγηση συστημάτων υγείας

Η διαχείριση των συστημάτων υγείας έχει αποδειχθεί ότι ήταν δύσκολο έργο τα προηγούμενα χρόνια. Πολλές χώρες έχουν αναφέρει αδυναμίες στη ναυσιπλοΐα και την οργάνωση στην επίτευξη των στόχων τους. Η εφαρμογή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η ιστορία, η οικονομία, η πολιτική και η κοινωνία. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη ενός έθνους. Τα συστήματα υγείας και ασφάλειας είναι φυσικά η ραχοκοκαλιά του Κράτους Πρόνοιας. Είναι σημαντικό ότι τα συστήματα υγείας έχουν αναπτυχθεί σε συνδυασμό με το κράτος πρόνοιας. Στον απόηχο του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και των συνεπειών του, ανεξάρτητα από τις πολιτικές διαφορές μεταξύ των κρατών, επικράτησε η συναίνεση ότι η υγεία είναι κάτι καλό. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε στο σύνταγμα και σήμερα στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες δωρεάν. Ο κύριος στόχος πολιτικής είναι η κάλυψη της δημόσιας υγείας, όπως αποδεικνύεται από τη συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Dahlgaard et al., 2011). Η χρησιμότητα και το κίνητρο για τη συγγραφή αυτής της εργασίας προέκυψε ως αποτέλεσμα, εν μέρει, των προβλημάτων που προέκυψαν από τη διαχείριση των συστημάτων υγείας διαφόρων χωρών, εν μέρει της μαζικής περικοπής που δοκιμάστηκε στην Ελλάδα το 1983 και αφορούσε την ίδρυση του το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και τη διόρθωση που δοκιμάστηκε το 2000, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και σχετίζεται με την Περιφερειακή Οργάνωση.

Το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο είναι διαφορετικό. Δείχνει τα απομεινάρια της ιστορίας και τις διαφορετικές πτυχές της γης, τη δυναμική της παρά τη δυναμική της σύγκλισης. Υπάρχουν τέσσερις βασικές λειτουργίες οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγείας. Το πρώτο

αφορούσε το αγγλοσαξονικό στυλ, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge και για συστήματα που χρηματοδοτούνται από υψηλούς φόρους. Οι άνεργοι πολίτες και όσοι κερδίζουν λιγότερα από την εγγραφή τους σε κρατικά επιδόματα ασφάλειας δεν είναι επιλέξιμοι. Αυτές οι μελέτες συγκρίνονται με τη Σκανδιναβία. Ο ρόλος των παροχών κοινωνικής πρόνοιας σε σχέση με τα μέσα ενημέρωσης είναι ευρύς. Χρηματοδότηση: η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από φόρους και τα οικονομικά οφέλη χρηματοδοτούνται από κοινοτικές επιχορηγήσεις.

Το πρόγραμμα διαχείρισης (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης μη απασχόλησης) είναι πλήρως ενσωματωμένο και διαχειρίζεται η κυβέρνηση. Οι κοινωνικοί εταίροι έχουν δευτερεύοντα ρόλο. Το δεύτερο σύστημα ονομάστηκε ηπειρωτικό μοντέλο σε σχέση με την πολιτική επιστήμη και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismarck το 1883. Η βασική του ιδέα ήταν να καθιερώσει ένα ασφαλιστικό σύστημα βασισμένο στην ανεξαρτησία και την αυτοδιαχείριση των ταμείων ασφάλισης απασχόλησης και απασχόλησης.

Το ηπειρωτικό μοντέλο που προτάθηκε από τη Γερμανία, τη Γαλλία και άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης χρηματοδοτήθηκε από επιχορηγήσεις Κοινωνικής Ασφάλισης. Η κουλτούρα Bismarck (όσον αφορά τη σχέση μεταξύ εργασίας και ευθυνών / προσωπικής ευθύνης) είναι ιδιαίτερα εμφανής στον τομέα της υγείας και της οικονομικής διαχείρισης.

Ένα υβριδικό σύστημα έχει αναπτυχθεί στην Ολλανδία και την Ελβετία, αν και έχουν συμπεριληφθεί παγκόσμιες ρυθμίσεις (Heras et al. 2013). Η φύση των παροχών και της χρηματοδότησης (μέσω κοινοτικών επιχορηγήσεων) αντικατοπτρίζει τις αξιολογήσεις ασφάλειας, όπως και οι επιχειρηματικές οργανώσεις. Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις και οι συνδικαλιστικές οργανώσεις συμμετέχουν ενεργά στη διαχείριση των ασφαλιστικών συστημάτων, διατηρώντας έναν βαθμό ανεξαρτησίας από κυβερνητικούς αξιωματούχους. Οι περισσότεροι άνθρωποι καλύπτονταν από υγειονομική περίθαλψη. Στη Γερμανία και την Ολλανδία, τα υψηλά

επίπεδα χρηματοδότησης έχουν αποκλειστεί από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (Mohammad, 2013).

5.2 Αναγκαιότητα ύπαρξης δεικτών μέτρησης στα συστήματα υγείας

Εν ολίγοις, η διαθεσιμότητα των κατάλληλων μεθόδων μέτρησης της υγείας θα βοηθήσει στον αποτελεσματικό σχεδιασμό προγραμμάτων και προγραμμάτων υγείας. Η απόκτηση γνώσεων είναι απαραίτητη σε όλα τα στάδια του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην προώθηση, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Χωρίς δεδομένα, οι στόχοι, οι προτεραιότητες δεν μπορούν να τεθούν, τα υπάρχοντα οφέλη για την υγεία δεν μπορούν να εντοπιστούν, οι ενέργειες που πραγματοποιούνται χρησιμοποιώντας αυτά τα δεδομένα δεν μπορούν να αξιολογηθούν στις βασικές πληροφορίες. Αυτό περιλαμβάνει την κατανομή των πόρων και τις πηγές τους. Για να ολοκληρωθεί ένα έργο ή να αναπτυχθεί μια νέα υπηρεσία υγείας, είναι απαραίτητο να υπάρχουν επαρκείς πόροι. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα επίπεδα υγείας ενός πληθυσμού και τα χαρακτηριστικά του δεν μπορούν αφενός να απαιτούν τους απαραίτητους πόρους και αφετέρου να εξασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα της παροχής τους. Στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας. Η διαθεσιμότητα των κατάλληλων μεθόδων για τη μέτρηση της υγείας είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας, καθώς με αυτόν τον τρόπο αναγνωρίζεται η αποτελεσματικότητά τους. Η διαθεσιμότητα αποδεικτικών στοιχείων που καταδεικνύουν τις δυνατότητές τους να εξασφαλίσουν επενδύσεις στην πρόληψη, την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Όπως σημειώθηκε παραπάνω, η ανάπτυξη μέτρων υγείας είναι σημαντική. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι ένας σημαντικός δείκτης του υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού και του γενικού επιπέδου ευημερίας και φυσικής και περιβαλλοντικής ευημερίας. Η ανάπτυξη του δείκτη θα μπορέσει τελικά να

βγάλει συμπεράσματα για τον ίδιο τον πληθυσμό και τη σύγκριση του με τον πληθυσμό των ξένων χωρών. Αυτή η αξιολόγηση αποτελεί σημείο εκκίνησης για τις κριτικές αξιολογήσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (ΟΟΣΑ, 2020). Άλλα συμπτώματα, όπως ο θάνατος κ.λπ., προσπαθούν πραγματικά να εξηγήσουν τα χαρακτηριστικά του κοινού συμπτώματος παραπάνω. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία, η χώρα μας κατατάσσεται στην 14η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως προς το προσδόκιμο ζωής του γενικού πληθυσμού την περίοδο 2000 - 2020. Από 69,9 πληθυσμιακά έτη ζωής Το 1960 η Ελλάδα έφτασε τα 78,1 χρόνια το 2000. Εκεί έζησε μέχρι το 2003.

Η Ελλάδα άφησε πίσω της άλλες μεσογειακές χώρες με καλή υγεία. Για παράδειγμα: η Ισπανία (κατατάχθηκε 9η για ολόκληρη την περίοδο 2000-2020) από 69,8 το 1960 σε 79,1 το 2017 και 80,5 το 2020, ενώ η Πορτογαλία (5η στην ίδια κατηγορία) από 64 (1960) και 77,6. Η χώρα μας, ενώ ακολουθεί μια εκπληκτική τάση από τη δεκαετία του 1960 έως τη δεκαετία του 1990, έχει πέσει σε χαμηλό επίπεδο σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ πριν από την αρχή το 1960, τελειώνοντας το 2003 στα 19 και στα τελικά στάδια βελτίωσης της ζωής για την περίοδο 2000 - 2020, συμπεριλαμβανομένης της Νέας Ζηλανδίας, δεύτερη με ανεργία (Κούκουμας, 2012)

Ο δείκτης HALE περιγράφει το προσδόκιμο υγείας, το οποίο είναι ο ίδιος αριθμός ετών καλής υγείας που αναμένεται να επιτύχει ένα άτομο εάν ένα άτομο διαγιγνώσκεται κάθε χρόνο με ποικίλες ασθένειες και θανάτους στη χώρα του. Σύμφωνα με αυτόν τον δείκτη, που υπολογίζεται στα 69,1 χρόνια για έναν Έλληνα, ο Έλληνας υπολογίζεται ότι ζει κατά μέσο όρο 6,7 χρόνια ζωής, με ελάχιστη υγεία. Η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση, μεταξύ των παλαιότερων μελών της ΕΕ όσον αφορά την προοπτική υγείας κατά τη γέννηση, τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες. Αυτό είναι μια μεγάλη ανησυχία, διότι οι Έλληνες άνδρες της δεκαετίας του 1960 είχαν το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στον κόσμο, λόγω της χαμηλότερης

θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια (Kalapothaki et al., 2012). Οι κύριοι παράγοντες στην πορεία του DALY (Years of Life Adapted to Disability) (Το DALY είναι ένα εργαλείο για τη μέτρηση της απώλειας του προσδόκιμου ζωής λόγω ψυχικής ασθένειας. (Murray and Lopez 1996) ή ποιότητα ζωής του ατόμου που απαιτείται να ζει σε συνθήκες αδυναμίας, ανικανότητας και αναπηρίας, στο κάπνισμα, την υπέρταση, Υψηλός ΔΜΣ και υψηλή χοληστερόλη (ΠΟΥ, 2012)

Πληροφορίες όπως παχυσαρκία, μέγεθος πληθυσμού, δεδομένα ισχαιμικής νόσου, αύξηση ασθενών με ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα (π.χ. καρκίνος, περισσότερες γυναίκες), δεν είναι μόνο η κατάσταση της υγείας της, αλλά και προβλέψεις για το μέλλον. Η υγεία των Ελλήνων συνεχίζει να παρακμάζει, λόγω της χρήσης επιβλαβών ουσιών (καπνός, κατανάλωση αλκοόλ, παχυσαρκία, εγκατάλειψη της μεσογειακής διατροφής, έλλειψη άσκησης) και πλέον απέχει πολύ από το μεσογειακό κλίμα (βλ. Ιταλία, Ισπανία), 2015).

Από την άλλη, η παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα, αν και υψηλή το 2002 5 5,12 ‰ σε σύγκριση με τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (95 4,95,), δείχνει το χαμηλότερο I. Η μελέτη των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ 1970 και 2002 δείχνει ότι, από 29,60 ‰ το 1970, μειώθηκε κατά περίπου έξι φορές. Αυτό είναι παρόμοιο με τους νεογνικούς θανάτους που ήταν λιγότερο από πέντε φορές χαμηλότεροι το 2002 σε σύγκριση με το 1970 (ΟΟΣΑ, 2015). Ο θάνατος των τελευταίων βρεφών υπακούει στις κοινωνικοοικονομικές απαιτήσεις και η απότομη πτώση του τα τελευταία χρόνια λόγω της σημαντικής βελτίωσης της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της ελληνικής οικογένειας, της αύξησης Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης της μητέρας (Ανδριώτη & Ρουμελιώτου, 2017). Ο νεογνικός θάνατος, κυρίως λόγω συγγενών ανωμαλιών και προωρότητας, αντιμετωπίζεται πιο δύσκολα, ακόμα κι αν προσέχει την ιατρική τεχνολογία (εργασία σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών). νέος κ.λπ.). Τα

τελευταία χρόνια, έχουμε αναπτυχθεί ραγδαία στην αποτελεσματική χρήση του προγνωστικού ελέγχου, του ασφαλούς τοκετού αλλά της νεογνικής γνώσης και τεχνολογίας. Τα περιθώρια για νεογνική αποκατάσταση και υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα είναι ακόμη μεγαλύτερα για τη χώρα μας. Ωστόσο, ένα σημαντικό πρόβλημα που αναδεικνύει την ελληνική πραγματικότητα είναι η έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων για τη νοσηρότητα. Αυτή η έλλειψη θα μπορούσε να διορθωθεί με τη χρηματοδότηση τακτικών ερευνών γης και τη συμπερίληψη ερωτήσεων απογραφής.

Κεφάλαιο 6^ο Χρησιμοποίηση δεικτών για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας του νοσοκομειακού έργου στην Ελλάδα

6.1 Μέτρηση της αποδοτικότητας

Η ποιότητα ενός υγιούς οργανισμού καθορίζεται από τα Best Standards (data envelopment analysis, DEA). Η Ανάλυση Περιβάλλοντος Δεδομένων (DEA) αφορά τη σύγκριση της σχετικής αποτελεσματικότητας ή τη σύγκριση μιας ομάδας παρόμοιων στοιχείων, που ονομάζονται «Μονάδες λήψης αποφάσεων» (Norman and Stoker, 1991). Η μονάδα λήψης αποφάσεων είναι το νοσοκομείο που επιβλέπει τη διαδικασία μετατροπής των διαθέσιμων πόρων σε προϊόντα ή υπηρεσίες. Η περιοχή αυτή θεωρείται ανεξάρτητη, καθώς εντάσσεται σε δημόσιο τομέα, και είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση των πόρων του και το αποτέλεσμα που δημιουργείται (Θανασούλης, 2001). Αυτή η μέθοδος βασίζεται σε μια διαδικασία γραμμικής ανάπτυξης και χρησιμοποιεί εισόδους και εξόδους ως δεδομένα. Σε αντίθεση με μια γραμμική διαδικασία που αξιολογεί ένα μεμονωμένο στοιχείο, το DEA αξιολογεί την καταλληλότητα ενός συνόλου στοιχείων. Το DEA συγκρίνει τη διαδικασία μετατροπής των εισόδων στις εξόδους κάθε στοιχείου με τον αριθμό των στοιχείων στο δείγμα. Για το λόγο αυτό, η πρακτική εργασία που επιτυγχάνεται μέσω της DEA θεωρείται είτε σχετική είτε συγκριτική (Coelli et al, 2005).

6.1.1 Δείκτες αποδοτικότητας νοσοκομείων στην Ελλάδα

Κάποιοι δείκτες χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων στην Ελλάδα, αλλά για κάθε νοσοκομείο. Αυτοί οι δείκτες είναι τυπικοί, ωστόσο, βοηθούν στη μέτρηση της παραγωγικότητας ενός νοσοκομείου και επιτρέπουν τη διενέργεια αξιολογήσεων και συγκρίσεων μεταξύ του νοσοκομείου και των τμημάτων του. Η συχνότητα τέτοιων εξετάσεων δεν προσθέτει πολλά στην ποιότητα

της εργασίας που γίνεται, αλλά συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη διαδικασία οργάνωσης, σχεδιασμού και χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Τα κύρια συμπτώματα της νοσοκομειακής χρήσης (Θεοδώρου κ.ά., 2001: 143-145): Πλήρωση ή κάλυψη του Νοσοκομείου (Π). Αυτός ο υπολογισμός βασίζεται στο ποσοστό των κλινών που καταλαμβάνονται στο σύνολο των διαθέσιμων σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Αν λάβουμε υπόψη (Α) τον αριθμό των ασθενών στο νοσοκομείο τη συγκεκριμένη ώρα και (Κ) τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, τότε η νοσοκομειακή κάλυψη εκείνη τη στιγμή δίνεται ως : $\Pi = A \times 100 / K$ Για να υπολογιστεί ο μέσος όρος έτους νοσηλείας τότε η μέθοδος είναι: $MEK = \text{Αριθμός ημερών νοσηλείας ανά έτος} \times 100 / \text{Αριθμός κλινών ανά έτος}$ $A \times 365$ Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται ευρέως με άλλους δείκτες, μέτρησης της χρήσης του νοσοκομείου.

Το μέσο ποσοστό νοσηλείας θεωρείται ότι έχει μέσο ετήσιο εισόδημα άνω του 80%. Εναλλακτικά, θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι για τη μείωση της κάλυψης, καθώς και οι κατάλληλες λύσεις, καθώς ένα νοσοκομειακό κρεβάτι θα είχε υψηλό κόστος λειτουργίας κάθε χρόνο, είτε κατειλημμένο είτε όχι, γιατί «ένα μεταχειρισμένο χαλάκι... Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (MDN). Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (MDN) είναι ο βασικός δείκτης για τον προσδιορισμό της παραγωγικότητας 48 νοσοκομείων. MDN είναι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας (Η) διαιρεμένος με τον αριθμό των ατόμων που εισάγονται στο νοσοκομείο (Α) και υπολογίζεται ο χρόνος που απαιτείται για να αντιμετωπιστεί μια υπόθεση. Υπολογίζεται ως εξής: $MDN = E / A$ Η = αριθμός ημερών νοσηλείας Α = αριθμός ασθενών

Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της απόδοσης του νοσοκομείου. Η πολυπλοκότητα των περιπτώσεων που λαμβάνει το νοσοκομείο, η ταχύτητα με την οποία διεκπεραιώνονται οι περιπτώσεις, η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων σχετικά με τη διαδικασία περίθαλψης και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών είναι εμφανής. μεγάλο μέρος

της οργάνωσης και λειτουργίας και σημαντικά προβλήματα με το MDN στο νοσοκομειακό επίπεδο. . Εκτός από τον μέσο όρο νοσοκομειακής κάλυψης και τον μέσο όρο του νοσοκομείου, χρησιμοποιήθηκαν και άλλοι δείκτες για την αξιολογική αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων στην Ελλάδα. Αυτοί οι δείκτες μετρούν τον αριθμό των κλινών που χρησιμοποιούνται κάθε φορά

Δεύτερος δείκτης είναι ο χρόνος αλλαγής της νόσου, μετρώντας τον αριθμό των ημερών που δεν αφήνεται κρεβάτι κάθε φορά, δηλαδή μέτρηση της έντασης χρήσης της νοσοκομειακής υπηρεσίας. Οι πιο συνηθισμένοι δείκτες μπορούν να αποδοθούν στις ανάγκες μέτρησης του προϊόντος. Για παράδειγμα, η εγγραφή μπορεί να χωριστεί σε εισαγωγή σε ατομικό ιατρό, νοσηλευτή και ούτω καθεξής. Η μελέτη της Καλογεροπούλου (2011), η οποία στόχευε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και στον εντοπισμό τρόπων βελτίωσης του επιπέδου χρήσης των πόρων που προέρχονται από 49 μη αποδοτικές νοσοκομειακές μονάδες.

Για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας επέλεξε δείγμα 25 δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής, τα οποία έχουν εξίσου σημαντικά κριτήρια ως προς την πληρότητα, τη ζήτηση και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της απόδοσης είναι η μέθοδος Best Standards (DEA), δηλαδή το μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού για τη μείωση των εισόδων, το οποίο επιλέγει την ποσότητα εισόδου. Κάθε τμήμα του δείγματος μειώνει τον αριθμό των εισόδων του. το μέγεθος της παραγωγής και το γραμμικό μοντέλο για την αύξηση της παραγωγής, με την προϋπόθεση ότι το μέγεθος κάθε τμήματος του δείγματος μπορεί να αυξηθεί χρησιμοποιώντας έναν συγκεκριμένο αριθμό της εισαγωγής. Οι εισροές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο αριθμός των διαθέσιμων κρεβατιών σε κάθε νοσοκομειακό γραφείο, ο αριθμός του προσωπικού και το κόστος που απαιτείται για τη λειτουργία κάθε νοσοκομείου, αν και τα προϊόντα χρησιμοποιούν τον αριθμό των ασθενών

που έλαβαν θεραπεία, τον αριθμό των κλινών που χρησιμοποιήθηκαν, τον αριθμό των ιατρικών περιπτώσεων που προέκυψαν δοκιμές σε εξωτερικά ιατρεία, τον αριθμό των κλινικών δοκιμών που πραγματοποιήθηκαν και τον αριθμό των πειραμάτων κοπής που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειονότητα των δημόσιων νοσοκομείων (64%) του δείγματος είναι πιο αποτελεσματικά.

Για να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα των μη συμμορφούμενων νοσοκομείων πρέπει να μειώσουμε τον αριθμό των κλινών κατά 4,5%, τον αριθμό του προσωπικού κατά 4,6% και το συνολικό ποσό της χρηματοδότησης κατά 4,5% -με βάση το μοντέλο μείωσης του αριθμού των λοιμώξεων- ή αύξηση του αριθμού των λοιμώξεων. σε 5,2%, ο αριθμός των ημερών κατάκλισης κατά 5,5%, ο αριθμός των κλινικών δοκιμών κατά 6,2%, οι δοκιμές εξωτερικών ασθενών κατά 4,1% και οι αστυνομικοί κατά 3,4%, με βάση το μοντέλο DEA.

6.2 Μέτρηση της ποιότητας

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με την άνεση του ασθενούς. Η συζήτηση επικεντρώνεται στην αυξανόμενη σχέση μεταξύ του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης και των πελατών του. Ως εκ τούτου, το πρώτο βήμα είναι να εξεταστούν ορισμένες βασικές αρχές και η χρησιμότητά τους που μπορούν να αναζητηθούν για να καθοδηγήσουν αυτή τη σχέση, καθώς βοηθούν στη δημιουργία καλής επικοινωνίας. Πιο αναλυτικά (Darviri, 2007): Πρόσβαση του κοινού από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Όταν ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζει τα μέλη του, δηλαδή, αναγνωρίζει το γεγονός ότι αυτοί οι άνθρωποι έχουν αναπτύξει συγκεκριμένες ιδέες, γνώσεις και πεποιθήσεις, με βάση τις προσωπικές τους εμπειρίες και γνώσεις μέσα από τις επαγγελματικές της γνώσεις και κατάρτιση. Έτσι θα μπορέσει να

κατανοήσει και να εκτιμήσει τις διαφορές απόψεων ή καταστάσεις που υπάρχουν, χωρίς να τις απορρίπτει, να τις κρίνει ως παράλογες.

Ταυτόχρονα, ο επιχειρηματίας παραδέχεται το γεγονός ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις του μπορεί να είναι διαφορετικές, αλλά δεν έχει νόημα να βρίσκει τον εαυτό του πιο πολύτιμο από αυτό που έχει εκφράσει το κοινό. Το πιο σημαντικό, με τη συναίνεση του κοινού, η διαφορά μπορεί να γίνει για να ζήσουμε, με σεβασμό και κατανόηση. Εάν οι ειδικοί δεν συμφωνούν με το κοινό του, τότε η άρνηση είναι ο κανόνας. Η άρνηση γίνεται όταν το γραφείο αξιολογεί, διορθώνει και καταδικάζει το κοινό του ως άτομο, σύμφωνα με τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις που προωθεί. Μπορεί να διαψευσθεί και να επιβεβαιωθεί από το επάγγελμα της υγείας ότι ένα συγκεκριμένο είδος εξουσίας, δηλαδή η ιδιοφυΐα, εξυψώνεται δημόσια με δίκη και περαιτέρω καταδίκη. Υποστήριξη της δημόσιας ανεξαρτησίας.

Ο τομέας της υγείας πρέπει να ενισχύσει την ανεξαρτησία της κοινότητάς του μέσω της χρήσης διαφόρων τεχνολογιών και να βοηθήσει τους ανθρώπους να αποκτήσουν ή να βελτιώσουν τον έλεγχο της υγείας τους. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να λαμβάνουν ανεξάρτητες αποφάσεις, να εκφράζουν ελεύθερα τις σκέψεις και τις ανησυχίες τους, πάντα με πνεύμα κατανόησης και εκτίμησης. Ενισχύοντας την αυτοδυναμία, οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερο αίσθημα ευθύνης, γεγονός που αυξάνει τον χρόνο εργασίας για χάρη της υγείας τους.

Αντίθετα, ο ατομικός εθισμός εξαπλώνεται όταν το επάγγελμα επιβάλλει τις δικές του σκέψεις ή ιδέες, αποδυναμώνει το άτομο από την εργασία και την ευθύνη του κάθε ατόμου και αρνείται τα δικαιώματά του, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Είναι σημαντικό να αυξηθεί η ανεξαρτησία του καθενός επειδή η ελεύθερη βούληση είναι σημαντικό πλεονέκτημα για τη βελτίωση της υγείας και της εκπαίδευσης.

Κεφάλαιο 7^ο Μεθοδολογία της Έρευνας

7.1 Συστηματική Ανασκόπηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει άρθρα και νόμους τα οποία αναφέρονται στο κλάδο της υγείας και συγκεκριμένα στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Η ενασχολούμενη με τη μελέτη του προς υλοποίηση ορισμένου και προαναφερόμενου σκοπού θα επιδιώξει να αξιολογήσει τα άρθρα και να εξάγει συμπεράσματα για τους τομείς εστίασης τους. Τέλος σε σχέση με παρόμοιες μελέτες, οι οποίες επίσης εστίασαν στην ευρύτερη αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, θα τα συγκρίνει με αυτές και θα καταλήξει σε πρόσθετες διαπιστώσεις για το εξεταζόμενο θέμα.

Μεθοδολογικά εστίασε στη χρήση και ανάπτυξη της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Σύμφωνα με τους Kitchenham et al.(2009) η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί μια δευτερογενής διαδικασία έρευνας, η οποία βασίζεται στη συστηματική συγκέντρωση δευτερογενές υλικού, όπως βιβλία, άρθρα, ετήσιους οδηγούς, νόμους, οικονομικά στοιχεία κ.λ.π, τα οποία συγκεντρώνονται με βάση συγκεκριμένες ερευνητικές περιοχές που έχει επιλέξει ο εκάστοτε ερευνητής για το αντικείμενο της μελέτης του αφού αυτά συγκεντρωθούν, κωδικοποιούνται βάση των βασικών μεταβλητών της έρευνας και στη συνέχεια απομονώνονται, οι πιο σχετικές με το εξεταζόμενο θέμα πηγές. Για τη παρουσίαση των πηγών γίνεται συχνά χρήση και ποσοτικής παρουσίαση αυτών, όπως για παράδειγμα διαγραμματική παρουσίαση των χρονολογιών δημοσίευσης, των φορέων δημοσίευσης με βάση τη ποσότητα των άρθρων κάθε φορά κ.λ.π. Η διαδικασία αυτή απλοποιεί τη διαδικασία ανάγνωσης των αποτελεσμάτων, καθιστώντας την πιο απλή για τους αναγνώστες(Okoli and Schabram,2010).

Το εργαλείο το οποίο επιλέχθηκε ήταν οι διάφορες βάσεις δεδομένων, μέσα από τις οποίες εντοπίστηκαν τα διάφορα άρθρα, τα οποία

χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το εξεταζόμενο θέμα, αναφορικά με τα μέτρα και τις στρατηγικές που ακολουθήθηκαν.

Για την παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στα εργαλεία αναζήτησης: Pub Med, Google Scholar, Elsevier, Scopus, Academia EU, OECD Statistics, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Όλο το υλικό που χρησιμοποιήθηκε είναι ηλεκτρονικής μορφής εκμεταλλευόμενοι την έγκαιρη και έγκυρη γνώση των ηλεκτρονικών περιοδικών και αρχείων. Ακόμα έγινε έρευνα στην ελληνική νομοθεσία για να γίνει εστίαση στη λειτουργία της υγείας και των νοσοκομείων στην Ελλάδα.

7.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των άρθρων

Προκειμένου να γίνει η συλλογή του υλικού για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε αρχικά αναζήτηση άρθρων σχετικών με το θέμα, τα οποία αποτέλεσαν από τη μια τη βάση ανάπτυξης της γενικής κατάστασης της υγείας και από την άλλη βοήθησαν στη μετέπειτα σύγκριση των εξαγόμενων αποτελεσμάτων, από τη μελέτη των νομοθετημάτων, για τη καλύτερη αξιολόγηση τους. Σε δεύτερο χρόνο έγινε η βασική αναζήτηση νομοθετημάτων από ιστοχώρους που σχετίζονταν με την υγεία στην Ελλάδα, ώστε να εντοπιστούν νόμοι, διατάγματα, εγκύκλιοι που μέσα από την ανάλυση τους, θα βοηθούσαν στην εξαγωγή συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης.

Οι βιβλιογραφικές πηγές που θα χρησιμοποιηθούν για τη συστηματική ανασκόπηση να είναι πρωτογενείς έρευνες. Θα τοποθετούνται χρονικά από το 2010 και πιο πρόσφατα. Όλες οι βιβλιογραφικές πηγές ήταν στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Ήταν δημοσιοποιημένες σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά. Οι έρευνες ήταν άλλου τύπου όπως ανασκόπηση,

βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Ο τίτλος του άρθρου σχετιζόταν με την έρευνα.

7.3 Παρουσίαση ταυτότητα άρθρων.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, δημόσια νοσοκομειακή μονάδα, υγεία, δημόσιο νοσοκομείο, ποιότητα, οικονομικά της υγείας, αξιολόγηση, δείκτες μέτρησης ποιότητας υγείας, effectiveness, efficiency, public health, public hospital, quality, economics of health, evaluation, quality indicators in health καθώς και συνδυασμούς αυτών.

Το υλικό συλλέχθηκε κατά τη διαδικασία της αναζήτησης τους. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν ενδιαφέρουσα και συνάμα δύσκολη, μια και το υλικό ήταν πολύ και σχετικά ανομοιογενές. Τα νομοθετήματα και τα άρθρα ήταν πάρα πολλά ενώ ήταν πολλές και οι τροποποιήσεις δεδομένων των αλλαγών που θεσμοθετούσε η κάθε κυβέρνηση που διοίκησε την επιλεγμένη χρονικά περίοδο. Προκειμένου να μειωθεί ο χρόνος η έρευνα έγινε απευθείας στις προαναφερόμενες βάσεις και αποφεύχθηκε η έρευνα και σε άλλες βάσεις δεδομένων, προκειμένου να γίνει πιο εστιασμένη η ερευνητική διαδικασία και να μειωθούν οι πιθανές αστοχίες από την εύρεση μη σχετικών με το θέμα κειμένων.

Η αναζήτηση στους διάφορους ιστοχώρους, αναφορά για τους οποίους έγινε στις ενότητες που προηγήθηκαν οδήγησε στην εξαγωγή ενός μεγάλου αριθμού στοιχείων, τα οποία αξιολογήθηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής και ένταξης στην παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα με βάση το σκοπό, τους στόχους, το θέμα εντοπίστηκαν και στη συνέχεια αξιολογήθηκαν τα νομοθετήματα που ευρέθησαν, ώστε να αποφασιστεί ποια θα ενταχθούν στη διαδικασία της έρευνας και αργότερα στη διαδικασία της αξιολόγησης και εξαγωγής των τελικών συμπερασμάτων.

Οι λέξεις-προτάσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν και έχουν

αναφερθεί ήδη και παραπάνω, ήταν οι ακόλουθες: 1. 1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα, 2. Νομικό πλαίσιο και υγεία στην Ελλάδα, 3. Νομοθετήματα για την υγεία, 4. Νόμοι, εγκύκλιου, υπουργικές αποφάσεις για την υγεία, 6. Αλλαγές στην ελληνική νομοθεσία για την υγεία, 5. δημόσια νοσοκομειακή μονάδα, 6. υγεία, δημόσιο νοσοκομείο, 7. ποιότητα, 8. οικονομικά της υγείας, 9. αξιολόγηση, δείκτες μέτρησης ποιότητας υγείας, 10. effectiveness, efficiency, 11. public health, 12. public 13. hospital, 14. Quality economics of health, 15. evaluation, 16. quality 17. Indicators in health καθώς και συνδυασμούς αυτών.

Στους Πίνακες που ακολουθούν γίνεται αναφορά στα νομοθετήματα και άρθρα που εντοπίστηκαν για το 2010 και μετά αναφορικά με τις λέξεις κλειδιά που επιλέχθηκαν ενώ γίνεται και ποσοτική παρουσίαση των νομοθετημάτων που εντοπίστηκαν ανά επιλεγμένη ηλεκτρονική διεύθυνση και αντίστοιχο φορέα που εξέφραζε.

Πίνακας 7.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων αναζήτησης

Τίτλοι αναζήτησης	Αποτελέσματα νομοθετημάτων
1. Σύστημα υγείας στην Ελλάδα	25
2. Νομικό πλαίσιο και υγεία στην Ελλάδα	30
3. Νόμοι, εγκύκλιου, υπουργικές αποφάσεις για την υγεία	40
4. Αλλαγές στην ελληνική νομοθεσία για την υγεία	45
5. Effectiveness, efficiency, public health, public hospital,	60
6. Quality economics of health, evaluation, quality indicators in health	100
Σύνολο Αποτελεσμάτων Αναζήτησης	300

Πίνακας 7.2- Παρουσίαση ανά ηλεκτρονική βάση τα εντοπισμένα νομοθετήματα

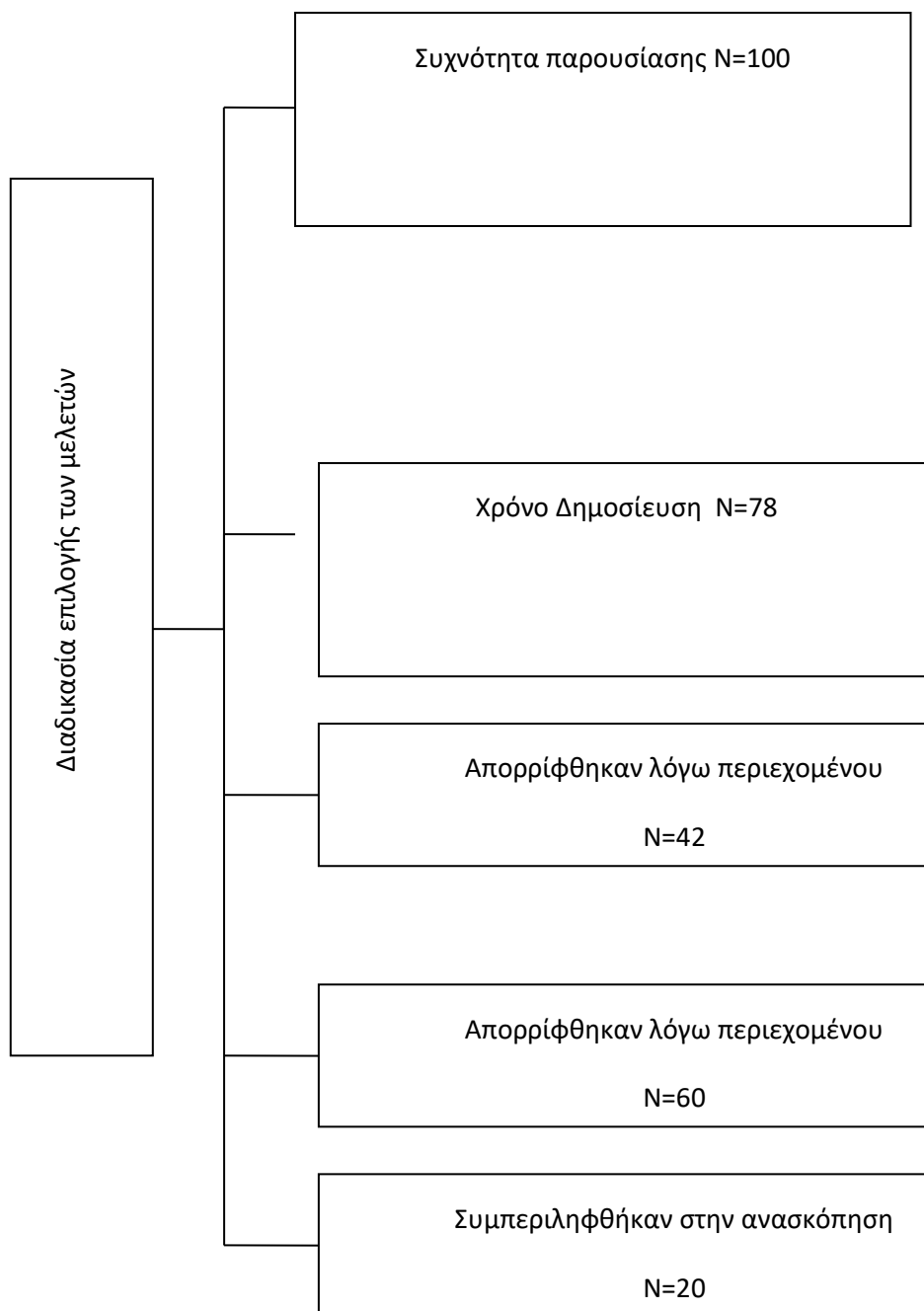
Φορείς-Ιστοχώροι	Αποτελέσματα νομοθετημάτων
1. PubMed,	100
2. GoogleScholar,	70
3.Elsevier	82
4. Scopus, AcademiaEU OECDStatistics	48
Σύνολο Αποτελεσμάτων Αναζήτησης	300

Κατά την εξαγωγή των παραπάνω αποτελεσμάτων των διαφόρων αναζητήσεων που έγιναν, για τον εντοπισμό των άρθρων παρατηρήθηκαν κάποια σημαίνοντα προβλήματα τα οποία επιδίωξε η ενασχολούμενη με τη μελέτη να επιλύσει για να μην δημιουργήσουν πρόβλημα αργότερα κατά την εξαγωγή των συμπερασμάτων. Αρχικά πολλά παρουσιάζονταν πολλές φορές σε όλες τις βάσεις, δηλαδή εντοπίστηκαν περισσότερες από μια φορές κάποια ήταν σχετικά αλλά πριν το 2010, δεύτερον εντοπίστηκαν πολλά τα οποία δεν ήταν σχετικά με την υγεία ή δεν ήταν σχετικά με το επιλεγμένο θέμα της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Πολλά νομοθετήματα δεν είχαν τη κατάλληλη μορφή για να μελετηθούν και να εξαχθούν τα τελικά συμπεράσματα. Με βάση τα παρόντα τέθηκαν κάποιες μεταβλητές ώστε βάση αυτών έγινε η αξιολόγηση των άρθρων και η τελική επιλογή που τελικά αναλύθηκαν και βοήθησαν στην εξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων. Τα κριτήρια ήταν τα ακόλουθα: α) Συχνότητα παρουσίασης των άρθρων, β) Χρονιά δημοσίευσης, γ) Περιεχόμενο σχετικό με την υγεία, δ) Μορφή άρθρο.

Παρακάτω αναλύονται πιο λεπτομερώς τα κριτήρια μη επιλογής.

1. Συχνότητα παρουσίασης: Κάποια παρουσιάζονταν σε όλες τις βάσεις, η μορφή και το περιεχόμενο τους ήταν ίδιο και ήθελε προσοχή για αποφυγή επαναλήψεων. Εξ' αυτών επιλέχθηκε το πιο πλήρες με όλες τις τροποποιήσεις τους.
2. Χρόνος δημοσίευσης: Κάποια άρθρα ήταν σχετικά με το θέμα αλλά πριν το 2010 και εκτός της τελευταίας 3ετίας. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν ήταν μετά το 2010 και κυρίως εστίαζαν στη περίοδο 2016-2020 όπου είναι βασική περίοδο.
3. Περιεχόμενο: Το περιεχόμενο δεν αρκούσε να είναι σχετικό με την υγεία, ο ενασχολούμενος αναζήτησε άρθρα σχετικά με την υγεία τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, τη περίοδο των μνημονίων.
4. Μορφή νομοθετήματος: Επιλέχθηκαν όσα ήταν πλήρης, σχετικά με το θέμα και κατανοητά ως προς ο περιεχόμενο τους, προκειμένου να ήταν εύκολο να αξιολογηθούν και να αναλυθούν ώστε να εξαχθούν αντικειμενικά για τη μελέτη συμπεράσματα.

Με βάση τα παραπάνω κριτήρια έγινε η τελική επιλογή των νομοθετημάτων προς ανάλυση. Με βάση το τι έχει αναλυθεί μέχρι τώρα ο αρχικός αριθμός των νομοθετημάτων ήταν 300, από τα παρόντα τα 100 απορρίφθηκαν δεδομένου ότι παρουσιάζονταν περισσότερο από μια φορές στις διάφορες βάσεις, τα 78 απορρίφθηκαν λόγω της χρονιάς δημοσίευσης τους, τα 42 απερρίφθησαν λόγω περιεχομένου και τέλος 60 εξ' αυτών απορρίφθηκαν λόγω μορφή των νομοθετημάτων. Με βάση αυτή την αξιολόγηση ο τελικός αριθμός προς ανάλυση νομοθετημάτων ήταν 20 (Βλέπε Σχήμα 7.1)



Κεφάλαιο 8^ο Ανάλυση των άρθρων

8.1 Ανάλυση βάση βιβλιογραφικών αναφορών

Στη παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν οι βιβλιογραφικές αναφορές διαφορετικών παρεμβάσεων υγείας που αναφέρονται στην ανάλυση ποιότητας, με στόχο να παρουσιαστεί η δράση τους στο κλινικό τομέα μελέτης καθώς και στη μονάδα μέτρησης αποτελεσματικότητας για κάθε μια από αυτές. Σύμφωνα με τους Asaria et al.(2015) αναπτύχθηκε η εφαρμογή ενός νέου μεθοδολογικού πλαισίου το οποίο είχε ως στόχο του να συνδυάσει, να μελετήσει και να αξιολογήσει τους στόχους της βελτίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση με τη μεγιστοποίηση της ποιότητας στην υγεία, τη μείωση των λαθών και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Ως παράδειγμα χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου για το οποίο διαπιστώθηκε ότι επιφέρει βελτίωση στη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, κυρίως σε σχέση με το καρκίνο, και αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αλλά και μείωση των ανισοτήτων.

Σε μια άλλη έρευνα των Steriu and Sanderson(2011) μελετήθηκαν τα οικονομικά δεδομένα που χαρακτηρίζουν τις θεραπευτικές μεθόδους οι οποίες σχετίζονται με την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και συγκεκριμένα την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των σχετικών νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Η έρευνα και ανάλυση έγινε στη Ρουμανία και διαπιστώθηκε ότι σε τέτοιες περιπτώσεις η μέθοδος αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας θεωρείται ως ενδεδειγμένη αφού βοηθά στην καλύτερη αξιολόγηση και στην καλύτερη επιλογή. Με βάση τις προηγούμενες μεθόδους παρατηρείτε ότι η μέθοδος κόστους-αποτελεσματικότητας όπως επισημάνθηκε και στη πρώτη υποενότητα σχετίζεται κυρίως με θεραπευτικές μεθόδους και κυρίως με την αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας τους.

Σε μια άλλη έρευνα οι Claxton et al.(2015) έδωσαν στην εξεταζόμενη μέθοδο μια ακόμα εφαρμογή. Συγκεκριμένα τη χρησιμοποίησαν για τη σύγκριση διαφορετικών τεχνολογιών στην υγεία. Η αξιολόγηση εστιάστηκε από τη μια στο κόστος της κάθε τεχνολογικής μεθόδου και από την άλλη στο προσδόκιμο ζωής που θα δώσει η κάθε μια από τις επιλεγμένες μεθόδους στους ασθενείς γενικά πάντα σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων υγεία. Ακόμα η αποτελεσματικότητα μετρήθηκε μέσα από το ποσοστό βελτίωσης που θα επιφέρει στο σύστημα υγείας.

Σε μια άλλη έρευνα των Husereau et al(2013) βρέθηκε άλλη μια χρήση της μεθόδου αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας. Η έρευνα αυτή εστίασε στην αξιολόγηση διαφορετικών πηγών ιατρικής πληροφόρησης, ως βάση βελτίωσης της λειτουργίας του συστήματος υγείας, βελτίωσης της κατάρτισης των ιατρών και ενίσχυση των θεραπευτικών μεθόδων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ερευνητικά το άρθρο προέβη στη ποιοτική ανάλυση ακαδημαϊκών περιοδικών, ιατρικών πορισμάτων, κλινικών πράξεων κ.λ.π. Μέσα από την ανάλυση αυτή οδηγήθηκε σε συμπεράσματα για την αξιοπιστία των πηγών αλλά και για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας που τα χαρακτηρίζει.

Τέλος η έρευνα των Brodtkorb et al.(2016) οι οποίοι μελέτησαν το κόστος-αποτελεσματικότητα διαφόρων φαρμάκων τα οποία βοηθούν στη μείωση κατανάλωσης αλκοόλ. Μέσα από την έρευνα τους υπήρξαν διαπιστώσεις ανά φάρμακο για το πιο έχει το μεγαλύτερο κόστος αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας για το βρετανικό σύστημα υγείας, αλλά και το πιο είναι αποτελεσματικότερο στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Στον Πίνακα 1 παραθέτονται με βάση τις παραπάνω έρευνες οι μονάδες μέτρησης αποτελεσματικότητας που χρησιμοποιήθηκαν στις παρούσες έρευνες κατά τη χρήση της μεθόδου κόστους-αποτελεσματικότητας.

Βιβλιογραφική αναφορά	Κλινικός τομέας μελέτης	Μονάδα μέτρησης αποτελεσματικότητας
Asaria et al.(2015)	Προσυμπτωματικώς έλεγχος καρκίνου	Δείκτης πολλαπλής υποβάθμισης IMD 4 και IMD 5
Steriu and Sanderson(2011)	Υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας	Εκτίμηση κόστους με στατιστικούς ελέγχους σε 3 ρουμανικά κέντρα αιμοκάθαρσης
Claxton et al.(2015)	Αξιολόγηση τεχνολογικών μεθόδων υποστήριξη θεραπειών	QALY Ποιότητα ζωής σταθμισμένου έτους της υγείας μέσω της μετατόπισης
Husereau et al(2013)	Αξιολόγηση κόστους αποτελεσματικότητα ιατρικών πληροφοριών	Συστηματική Ανασκόπηση βιβλιογραφίας
Brodtkorb et al.(2016)	Αξιολόγηση φαρμακευτικής θεραπείας σε αλκοολικούς	Μοντέλο Markov

Πηγή: Drummond, F.M., O' Brien, B.J., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (2002), *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*, Αθήνα: Κριτική

8.2 Ανάλυση βάσει νομοθετημάτων αναφορά στην Ελλάδα

8.2.1 Διοικητική διαχείριση και αναβάθμιση της υγείας

Στη παρούσα κατηγορία θα γίνει σχολιασμός των εντοπισμένων νομοθετημάτων πράγμα που θα γίνει αργότερα και στις επόμενες σχετικές με το θέμα κατηγορίες. Εδώ εντάχθηκαν ο Ν.3852/2010 βάση του οποίου ρυθμίστηκε η νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης με το πρόγραμμα Καλλικράτης, η οποία είχε ως στόχο να δώσει περισσότερες αρμοδιότητες στους δήμους και τις περιφέρειες, για τη καλύτερη διαχείριση θεμάτων όπως είναι η υγεία σε σχέση με την **αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των νοσοκομειακών μονάδων υγείας**. Ο παρόν νόμος μεταβίβασε αρμοδιότητες που μέχρι πρότινος ασκούσαν από τις Δ.Υ.ΠΕ ενώ μεταβίβασε και αρμοδιότητες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας.

Ο παρόν νόμος σε συνδυασμό με το Ν.3816/2010 ο οποίος μέσα από το Άρθρο 12 έκανε αναφορά στη καλύτερη διαχείριση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αποτέλεσαν τη βάση για η μετέπειτα θεσμοθέτηση ενός εκ των βασικότερων νόμων τον Ν.3868/2010 τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, ο οποίος εστίασε στην αναβάθμιση της υγείας και έβαλε τα θεμέλια για τη βελτίωση της. Οι νόμοι αυτοί εφαρμόστηκαν βιαστικά για να ακολουθηθούν οι αρχές της Τρόικα και παρότι είχαν θετικό περιεχόμενο δεν εφαρμόστηκαν με το κατάλληλο και πιο αποτελεσματικό τρόπο, τουλάχιστον τα πρώτα χρόνια της κρίσης.

Ο Ν.3868/10 ο οποίος εστίασε στην «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Με βάση το νόμο αυτό, τα νοσοκομεία μπαίνουν για πρώτη φορά σε ολόημερη λειτουργία, ενώ οι δαπάνες επίσκεψης, διάγνωσης και θεραπείας επιβαρύνουν για πρώτη φορά είτε τα ασφαλιστικά ταμεία είτε τον ασθενή, γεγονός που θέτει για πρώτη φορά ανισότητες αναφορικά με την πρόσβαση στην υγεία. Με βάση το παρόν νόμο για πρώτη φορά ρυθμίζονται θέματα που αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό σε

οργανωτικό και αναπτυξιακό επίπεδο και θεσπίζονται στα Νοσοκομεία και στους Δήμους το «Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη» και το «Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας» αντίστοιχα. Οι παρόντες νόμοι αναφέρονταν στο πρώτο μνημόνιο.

Στην ίδια κατηγορία αναφορικά και πάλι με τους νόμους της περιόδου του πρώτου μνημονίου εφαρμόστηκε ο Ν.3892/2010 ο οποίος αναφερόταν στην «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών εξετάσεων». Ο παρών νόμος είναι από τους καλύτερους που ψηφίστηκαν, δεδομένου ότι οι προηγούμενοι προήγαγαν περισσότερο την ιδιωτική υγεία επιβάρυναν τους πολίτες. Αντίθετα ο παρών νόμος αποτέλεσε ένα πάρα πολύ καλό μέτρο στο πλαίσιο της ανάγκης για «νοικοκύρεμα» της δημόσιας υγείας, μέσω του μετασχηματισμού της συμπεριφοράς των γιατρών και της ευρύτερης κουλτούρας των ασθενών.

Σε επίπεδο δεύτερου μνημονίου και με βάση το Ν.4046/2012 η νέα δανειακή σύμβαση μεταξύ Ελλάδος και εταίρων της ανήλθε στα 130 δισεκατομμύρια ευρώ. Τα μέτρα που πάρθηκαν σε οργανωτικό επίπεδο επηρέασαν τη λειτουργία της υγείας ενώ επηρέασαν και τους πολίτες, σε γενικές γραμμές τα παρόντα μέτρα σε μεγάλο βαθμό ήταν εναντίων των δικαιωμάτων του απλού πολίτη, επηρεάζοντας τη πρόσβαση του στην υγεία. Οργανωτικά σε σχέση με τα φάρμακα τα πράγματα βελτιώθηκαν με βάση το δεύτερο μνημόνιο, αφού μειώθηκαν οι τιμές τους, ενισχύθηκε η αγορά των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ εντατικοποιήθηκε ο έλεγχος των γιατρών σε επίπεδο σχέσεων τους με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Τέλος τέθηκε ένα όριο στο προϋπολογισμό σε σχέση με τις αγορές φαρμάκων από τα δημόσια Νοσοκομεία και η υπέρβαση αυτού συνεπαγόταν επιστροφή χρημάτων από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιριών.

8.2.2 Οργανωτικές αλλαγές και συγχωνεύσεις

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι μνημονιακοί νόμοι οι οποίοι

εστίαζαν στις οργανωτικές αλλαγές και συγχωνεύσεις. Ένας βασικός νόμος της κατηγορίας είναι αυτός του Σεπτεμβρίου του 2010. Ο Ν.3918/2011 είναι ένας εκ των βασικών της θητείας του Α. Λοβέρδου, ο οποίος αντικατέστησε τη κ. Ξενογιαννοπούλου. Ο παρόν νόμος σκόπευε να ελέγξει και να εξορθολογήσει τις δαπάνες για την υγεία. Συγκεκριμένα οι αλλαγές που επέφερε αφορούσαν το σύστημα προμηθειών στην υγεία, τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, την ένταξη των νοσοκομείων του Ι.Κ.Α στο ΕΣΥ ενώ επέφερε αλλαγές και στα φάρμακα. Σε σχέση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε αυτόν εντάχθηκαν το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Π.Α.Δ. και ο Ο.Α.Ε.Ε. Ο παρόν αποτέλεσε μια προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα μονοψώνιο το οποίο θα ασκούσε έντονες πιέσεις στην ευρύτερη διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές στο κλάδο της υγείας. Με βάση τον παρόν νόμο επιβαρύνθηκε ο δημόσιος τομέας, μειώθηκαν οι παροχές ενώ αυξήθηκε το κόστος των ασφαλισμένων. Σε σχέση με τα φάρμακα, ο βασικός στόχος ήταν να ενδυναμωθεί η αγορά των γενόσημων φαρμάκων, σχετικά με τις τιμές τους. Συγκεκριμένα τα συγκεκριμένα φάρμακα κατέστησαν αισθητά φθηνότερα, πράγμα που περιόρισε τη στοχευμένη συνταγογράφηση των γιατρών, στο πλαίσιο των σχέσεων τους με τις φαρμακοβιομηχανίες.

Ο 4025/2011 εντάσσεται και ο παρόν στο ίδιο πλαίσιο αναφορικά με την αναδιάρθρωση του Ε.Σ.Υ, ο παρόν εστιάζει στη συγχώνευση πανελλαδικά διαφόρων φορέων πρόνοιας, ενώ βάση αυτού όλες οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας διασυνδέονται με τις μονάδες υγείας. Ακόμα ορίζεται για πρώτη φορά ένα διοικητικό συμβούλιο για φορείς που παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες. Στο Ε.Σ.Υ εντάσσονται τα Κέντρα αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, ενώ ορίζονται ένας έως τρεις ανεξάρτητοι ελεγκτές για καλύτερο έλεγχο της λειτουργίας των διαφόρων οργάνων της υγείας. Ο παρόν νόμος μείωσε τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας σε 34, τα διοικητικά συμβούλια από 113 σε 83, τους διοικητές και αναπληρωτές διοικητές από 175 σε 145.

Ο Ν.4052/2012 του δεύτερου μνημονίου επέφερε πρόσθετες

οργανωτικές αλλαγές αναφορικά με τη διαίρεση που προωθήθηκε για την ανάπτυξη 7 υγειονομικών περιφερειών. Βάση αυτού του νόμου τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ενοποιούνται σε 82 Ν.Π.Δ.Δ. Βάση του παρόντος νόμου, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναφορικά με τη λειτουργία του και την ευρύτερη διαχείριση των εξόδων του. Τέλος με βάση το παρόν νόμο στόχος του ταμείου θέτεται η παροχή μηνιαίας επικουρικής σύνταξης λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου σε διάφορους κλάδους της ελληνικής οικονομία όπως είναι για παράδειγμα ο τραπεζικός. Επικουρικά στον παρόν νόμο τέθηκαν δυο υπουργικές αποφάσεις η ΔΥΓ/3/α/οικ. ΓΥ/148 και η ΔΥΓ/3/α/οικ.ΓΥ/149, οι οποίες λειτούργησαν προσθετικά και βελτιωτικά στο παρόντα νόμο.

Με βάση το Δεύτερο μνημόνιο όλα τα ασφαλιστικά ταμεία συγχωνεύτηκαν και αποτέλεσαν τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ακόμα καθιερώθηκε στα Δημόσια Νοσοκομεία ένα νέο λογιστικό και διπλογραφικό σύστημα βάση του οποίου θα δούλευε στο μέλλον κάθε Νοσοκομείο στη χώρα. Με βάση το Ν.4238/2014 ιδρύεται το Π.Ε.ΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), το οποίο αποτελεί έργο του τότε Υπουργού Άδωνη Γεωργιάδη, ο οποίος διαδέχεται στο φόκο του Υπουργείου τον Α. Λυκουρέτσο. Το συγκεκριμένο όργανο παρέχει ισότιμα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας ανεξάρτητα από τη κοινωνική τους θέση, την οικονομική τους κατάσταση, το επάγγελμα τους, την οικογενειακή τους κατάσταση κ.λ.π.

Αργότερα και επί Βορίδη ο οποίος διαδέχεται τον Α. Γεωργιάδη θεσμοθετείται ο Ν. 4316/2014, ο οποίος ρυθμίζει τα θέματα των φαρμακοποιών αλλά και την ευρύτερη διακίνηση των φαρμάκων μέσω διαδικτύου αλλά και θέματα σχετικά με την αναλογία πληθυσμού και φαρμακίων ανά την Ελλάδα. Με τα άρθρα 47 και 48 του παρόντος νόμου προχωρά το κράτος από τη μια στον ευρύτερο έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών και από την άλλη στη διάθεση φθηνών φαρμάκων που αποτελούσαν απόθεμα των φαρμακείων. Τέλος με βάση το τρίτο μνημόνιο

και το νόμο 4332/2015 αναπτύσσονται δράσεις οι οποίες στοχεύουν στο καλύτερο έλεγχο των δημοσίων δαπανών, στη καλύτερη διαχείριση των φαρμάκων, των νοσοκομείων και τέλος γίνονται περαιτέρω επενδύσεις στη βελτίωση της ηλεκτρονικής υγείας προκειμένου να απλοποιηθούν οι διαδικασίες για τους πολίτες σε διοικητικά και οργανωτικά θέματα. Στη πορεία υπάρχουν βελτιώσεις για το ίδιο πεδίο του παρόντος νόμου αλλά και με της σχετικής με αυτόν Υπουργική απόφαση 1117/2015 και της σχετικής επίσης με αυτόν εγκυκλίου 26225/8-4-2015. Με βάση το Ν.4378/2016 μεταρρυθμίστηκε η ευρύτερη διοικητική λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ συστήνονται για πρώτη φορά Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης τα οποία προβαίνουν σε επισταμένες ελέγχους στην ευρύτερη λειτουργία των φορέων υγείας.

8.2.3 Συσχέτιση με οδηγίες σε παγκόσμιο επίπεδο

Εδώ εντάσσονται νόμοι από το τρίτο μνημόνιο κατά τη περίοδο της διακυβέρνησης της Σύριζα. Σύμφωνα με το Ν.4542 γίνεται προσπάθεια για πλήρη ακολουθεί των Ευρωπαϊκών αλλά και παγκόσμιων οδηγιών σε σχέση με την υγεία. Το ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθεί ένα ευρύτερο ξενικό μοντέλο και πρότυπο λειτουργίας το οποίο δεν ταιριάζει στην ευρύτερη λειτουργία αλλά και στις ευρύτερες ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας. Σε γενικές γραμμές γίνονται και σωστές δράσεις σε επίπεδο ταύτισης με οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας, αναφορικά με θέματα πρόληψης και μετάδοσης μεταδιδόμενων ασθενειών αλλά και άλλων σχετικών θεμάτων. Ακόμα διευθετούνται θέματα που σχετίζονται με την ευρύτερη λειτουργία της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, το θέμα είναι ότι ο τομέα της υγείας στην Ελλάδα δεν έχει τις υποδομές να διαχειριστεί τέτοια ζητήματα δεδομένης της έλλειψης πόρων προς επένδυση στο συγκεκριμένο τομέα.

8.2.4 Αλλαγές και εκσυγχρονισμός του θεσμικού πλαισίου της Ελλάδας, στο τομέα της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας

Στην παρούσα ενότητα εντάσσονται νόμοι από το τρίτο μνημόνιο όπως ο Ν.4486, ο Ν.458/2018 και τέλος ο Ν.4600/2019. Οι νόμοι αυτοί εστίασαν σε μια σειρά δράσεων οι οποίες εστίασαν στην ενίσχυση της υγείας γενικότερα, στη βελτίωση, στον εκσυγχρονισμό της σε ευρύτερο θεσμικό, διοικητικό ενώ επιδίωξαν να καταστούν πιο ανθρώπινοι και κοινωνικά ενεργοί. Με βάση τους παραπάνω νόμους υπήρξαν γενικότερες μεταρρυθμίσεις αναφορικά με τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και την ευρύτερη διαφοροποίηση των διοικητικών ευθυνών, ουσιαστικά ενισχύθηκαν τα καθήκοντα των εμπλεκόμενων στην υγεία, ενώ ενισχύθηκε ακόμα περισσότερο ο ρόλος των δήμων.

Επιπροσθέτως εφαρμόστηκαν μέτρα σχετικά με διάφορα επιμέρους θέματα αποζημίωσης πολιτών και γενικά ζητήματα που ήταν παγωμένα από καιρό. Τέλος με το πιο πρόσφατο νόμο του Ν.4600/2019, ο οποίος ψηφίστηκε στις 9-3-2019 τέθηκαν σε εφαρμογή στρατηγικές οι οποίες θα βοηθούσαν και θα συνεχίσουν να το κάνουν στο μέλλον, στον εκσυγχρονισμό της υγείας, στη καλύτερη ενίσχυση των πολιτών, βελτιώνοντας τις συνθήκες ζωής τους στο εγγύς μέλλον. Το σίγουρο είναι ότι η παρούσα κατάσταση με βάση τα υπάρχοντα μέτρα δεν βοηθούν αποτελεσματικά και με το δέοντα τρόπο την αναβάθμιση της υγείας, ενώ δεν παρέχεται ένα κοινωνικό κράτος πρόνοιας για τους πολίτες, το οποίο λαμβάνει υπόψη τους τις ανάγκες των τελευταίων και επιδιώκει να τους τις ικανοποιήσει με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Με βάση τον ευρύτερο απολογισμό που προηγήθηκε, διαπιστώνεται ότι η νέα τάξη πραγμάτων στερεί στον Έλληνα που ασθενεί από τη μια τη δυνατότητα να χαρεί την υγεία ως δημόσιο αγαθό και από την άλλη να την απολαμβάνει δημοκρατικά και ισότιμα με όλους τους άλλους πολίτες. Ένα από τα βασικά στοιχεία των νόμων είναι ότι προσπαθούν να εκλογικεύουν

τις δαπάνες. Οι δεσμεύσεις δεν σταματούν, αφού οι εταίροι ζητούν από την Ελλάδα να μειώσει όσο περισσότερο γίνεται τα κόστη.

Η προσπάθεια να γίνει αυτό μέσω των φαρμάκων αλλά και της βελτίωσης της σχέσης μεταξύ γιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών, ανάγεται στα θετικά της νομοθεσίας και αποτελούν μέτρα με λογική. Στον αντίποδα η αύξηση του κόστους για τους πολίτες έστω και με τη καταβολή ενός συμβολικού ποσού εσόδου στα νοσοκομεία, η απαξίωση της δημόσιας ασφάλισης, η συγχώνευση και αποδυνάμωση των ταμείων, η αύξηση του κόστους νοσηλείας, η ενίσχυση της ιδιωτικής ασφάλισης, αποτελεί κάποια από τα μέτρα τα οποία οδηγούν στην απαξίωση της δημόσιας υγείας, της απαξίωσης του Έλληνα ασθενή, της ενίσχυσης της ιδιωτικοποίησης της υγείας.

Οι αλλαγές στη δομή της υγείας ανάλογα τον Υπουργό και τις αντιλήψεις του αλλά και τη παράταξη που εξέφραζε ήσαν πολλές, πράγμα που δημιούργησε ακόμα μεγαλύτερο πρόβλημα στον εξεταζόμενο τομέα της υγείας, δεδομένου ότι όλες αυτές οι διαφοροποιήσεις συντελέστηκαν μέσα σε 12 χρόνια, στο διάστημα δηλαδή που πέρασαν από το φόκο του αρμόδιου υπουργείου περισσότεροι από 4 διαφορετικοί υπουργοί. Αυτό οδήγησε στην ανυπαρξία παγιωμένης στρατηγικής διαχείρισης της υγείας, ενώ το μόνο που έγινε ήταν να ακολουθηθούν τα μέτρα που όρισαν οι εταίροι, τις περισσότερες φορές χωρίς να αναλογιστεί κανείς αν αυτά τα μέτρα ήταν προς συμφέρον ή όχι των πολιτών.

Κλείνοντας θα πρέπει να αναφερθεί ότι βασικό σημείο των καιρών αποτελεί μια ευρύτερη «οπισθοδρόμηση» στη κοινωνική μέριμνα και η ανάδειξη μιας ευρύτερης φιλανθρωπικής δράσης, την οποία αναλαμβάνουν συγκεκριμένοι φορείς, όπως το ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, οι οποίοι χρηματοδοτούν την υγεία, αναδεικνύοντας την αδυναμία του κράτους να λειτουργήσει αυτόνομα και να παρέχει στους Έλληνες πολίτες όλα αυτά για τα οποία οι τελευταίοι πληρώνουν φόρους, οπότε και θα έπρεπε το κράτος να τους παρέχει ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

8.3 Σύγκριση με έρευνες

Στη παρούσα ενότητα θα γίνει συσχέτιση των αποτελεσμάτων της υπό ανάπτυξης έρευνας με άλλες σχετικές με το θέμα έρευνες. Μια βασική διαπίστωση της παρούσας είναι ότι οι οργανωτικές αλλαγές και οι συγχωνεύσεις των ταμείων επηρεάζουν τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εξαθλιώνουν τους Έλληνες πολίτες και καθιστούν την υγεία από κοινωνικό αγαθό σε ένα αγαθό για λίγους. Τα παρόντα συμπεράσματα επιβεβαιώνει η Φυλαχτού(2014), η οποία σε έρευνα που έκανε για τη κατάσταση της υγείας στη περίοδο της οικονομικής κρίσης, διαπίστωσε ότι η κατάσταση των Ελλήνων ήταν ήδη δυσμενή οπότε επιβεβαίωσε ότι λόγω των μέτρων που πάρθηκαν, επιδεινώθηκε ακόμα παραπάνω κατά το διάστημα της οικονομικής κρίσης, με περικοπή των δαπανών, με απαξίωση του κοινωνικού κράτους.

Σύμφωνα με έρευνα του Κολυπέρη(2014) σε ένα μεγάλο αριθμό άρθρων σχετικών με το θέμα, διαπιστώθηκε κάτι που επιβεβαίωσε και η παρούσα μελέτη, ότι η συνεχής εναλλαγή Υπουργών, οι συγχωνεύσεις των ταμείων, η χωρίς μελέτη εφαρμογή μέτρων, οδήγησε την υγεία στην Ελλάδα σε μια αδιέξοδη κατάσταση, διοικητικά μη αποτελεσματική η οποία οδηγεί σήμερα τον Έλληνα πολίτη σε ένα τέλμα σε επίπεδο υγείας, κοινωνικής ασφάλης, συνταξιοδότησης κ.λπ. Ουσιαστικά διαπιστώνεται ότι τα μηνύματα για την υγεία ήταν αρνητικά πολλά χρόνια πριν, από το πρώτο ακόμα μνημόνιο. Παρόλα αυτά οι διάφορες κυβερνήσεις των τελευταίων 12 ετών δεν δίστασαν, παρότι οι δυσκολίες που θα επέφεραν τα μέτρα ήταν διακριτές, να προχωρήσουν στη θέσπιση τους.

Ο Οικονόμου(2012) σε μια έρευνα που έκανε σε σχέση με το θεσμικό πλαίσιο, εντόπισε κενά τα οποία ήταν αποτέλεσμα των συνεχών αλλαγών που θέσπιζαν μέσα στα χρόνια οι διαφορετικοί υπουργοί. Στη παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκε η παρούσα άποψη δείχνοντας ότι οι αλλαγές σε

επίπεδο θεσμών, η μη σταθερότητα σε διοικητικό επίπεδο και ειδικά η εναλλαγή των βασικών οργάνων διαχείρισης, οδήγησαν σε αδιέξοδο την υγεία και ακόμα και τα όποια θετικά μέτρα όπως αυτά σε σχέση με τη διαχείριση των φαρμάκων και των σχέσεων γιατρών εταιριών δεν απέδωσαν τα δέοντα, στην υγεία και ουσιαστικά δεν έγιναν αντιληπτά από τους Έλληνες πολίτες. Οι Παπαθεοδώρου και Μωυσιάδης(2011) επιβεβαιώθηκαν σε ερευνητικό επίπεδο από τη παρούσα μελέτη μέσα από τη διαπίστωση ότι απαξιώθηκε η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα ενώ ενισχύθηκε η ανισότητα μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Παρόμοια επιβεβαίωση υπήρξε α στη μελέτη του Νικολαΐδη(2017) αναφορικά με την ευρύτερη αναποτελεσματικά που επέφεραν τα Μνημόνια στην υγεία οδηγώντας σε μια ευρύτερη εξαθλίωση τους Έλληνες πολίτες, ειδικά αυτούς που ανήκαν στα κατώτατα κοινωνικά στρώματα. Κλείνοντας διαπιστώνεται ότι όλα τα παραπάνω δηλώνουν ότι η υγεία στην Ελλάδα σήμερα ζητά επίλυση των προβλημάτων της. Αυτό ισχύει για λόγους καθαρής ευημερίας, η οποία προτάσσεται αναγκαία για την Ελλάδα και ειδικά για τους πολίτες της. Σε μια ευρύτερη περίοδο γενικευμένης κρίσης όπως είναι η σημερινή, ο αποτελεσματικός σχεδιασμός της υγείας αποτελεί το κλειδί για να αρθούν τα διάφορα προβλήματα και να δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους Έλληνες πολίτες.

Τα πάντα είναι θέμα πολιτικής βούλησης, οπότε ανεξάρτητα το τι καθορίζουν οι εταίροι, οι έχοντας τα ινία της χώρας θα πρέπει να προβούν σε κατάλληλο σχεδιασμό και προγραμματισμό, ώστε η χώρα να βγει από τη κρίση και να δημιουργηθούν οι καλύτερες δυνατές συνθήκες ώστε να δημιουργηθεί ένα κράτος δικαίου που όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στην υγεία. Με αυτό τον τρόπο θα εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες οι οποίες υφίστανται, δημιουργώντας χάσματα μεταξύ των Ελλήνων τα οποία είναι αναγκαίο να καλυφθούν άμεσα μέσα στα επόμενα χρόνια.

Συμπεράσματα

Η ανασυγκρότηση και αναδιάρθρωση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, εστίασε κυρίως στην αντιμετώπιση των βραχυπρόθεσμων καταστάσεων, εστιάζοντας σε μια μόνο πολιτική αντιμετώπισης αυτή της μείωσης των εξόδων, πράγμα που αποτέλεσε και αποτελεί μια μονοδιάστατη προσέγγιση, η οποία επηρέασε και επηρεάζει το ελληνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα, μειώνοντας τους πόρους σε αυτό και επηρεάζοντας τη πρόσβαση στο σύνολο των πολιτών(Simou and Koutsogeorgou,2013:1).

Σήμερα σύμφωνα με τον Κυριόπουλο(2009) η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και της ποιότητας στην υγεία αποτελεί βασική προτεραιότητα του ελληνικού κράτους(Κυριόπουλος,2009). Παρακάτω ορίζονται επιχειρησιακοί στόχοι οι οποίοι από τη μια θα βοηθήσουν στη μείωση του κόστους στην υγεία και από την άλλη στην παροχή πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού, οι συγκεκριμένοι στόχοι απορρέουν και από οδηγίες του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας και αναφέρονται στην ανάπτυξη κανονισμών, στα οικονομικά της υγείας, στο ασφαλιστικό σύστημα και στη διαχείριση του κόστους. Συγκεκριμένα αυτοί είναι ακόλουθοι(ΠΟΥ,2009):

1. Σε επίπεδο κανονισμών η διαδικασία διανομής του πλούτου με βάση τις αρχές της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης θα επιφέρει βελτίωση της κατάστασης. Καθορισμός ελεγκτικών οργάνων, για το περιορισμό παρασπονδιών στην υγεία και για την δίκαια κατανομή των πόρων, ώστε να καλύπτονται περισσότερες ανάγκες Ελλήνων πολιτών.
2. Σε επίπεδο οικονομικών της υγείας η καλύτερη αξιοποίηση των ευρωπαϊκών κονδυλίων, προγραμμάτων όπως το Official Development Assistant, θα βοηθήσουν ώστε να καλυφτούν οι ανάγκες πρόσβασης των ευάλωτων οικονομικά ομάδων.
3. Το ελληνικό κράτος σε επίπεδο οικονομικών της υγείας πρέπει να αντιλαμβάνεται την υγεία ως ένα τομέα ανάπτυξης και επενδύσεων, ο οποίος μπορεί να φέρει κέρδη, άρα να δώσει και προσβασιμότητα στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού.

4. Το κάθε Υπουργείο σε θεσμικό επίπεδο πρέπει να πράττει με γνώμονα την υγεία των πολιτών, προωθώντας και στηρίζοντας τις πολιτικές υγείας.
5. Καλύτερος έλεγχος των προγραμμάτων υγείας με στόχο το περιορισμό της σπατάλης, ώστε να εξοικονομηθούν χρήματα, τα οποία θα αξιοποιηθούν καλύτερα για τη προσβασιμότητα των πολιτών και θα ενισχύσουν το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο νοσεί.
6. Επαναπροσδιορισμός της αντιμετώπισης των νοσημάτων και ειδικά των χρόνιων με την εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων, για τη διαχείριση νοσημάτων όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, οι καρδιοπάθειες, τα ψυχικά νοσήματα με τιμές που να αντικατοπτρίζουν τη πραγματικότητα και τις ανάγκες του σήμερα (Βλάχος,2008).
7. Εξασφάλιση χρημάτων μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας, τη διαφανή αξιολόγηση του ελέγχου και της απόδοσης, βασισμένη σε κριτήρια που ορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση, τέλος βελτίωση των εγκαταστάσεων. Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών θα μειώσει τις σπατάλες σε κόστη που έχουν να κάνουν με τη κακή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, εξοικονομώντας χρήματα προς επένδυση στη προσβασιμότητα.
8. Δίκαια και ίση χρηματοδότηση των μονάδων υγείας σε όλη την Ελληνική Επικράτεια, με βάση τις ανάγκες της.
9. Αύξηση των φόρων του καπνού, του οινοπνεύματος, της ζάχαρης και του αλατιού, κάτι που θα επιφέρει πρόσθετους φόρους προς επένδυση.
10. Να γίνει σωστή αξιολόγηση των αναγκών σε θέσεις εργασίας, να προσελκυσθούν νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι θα έχουν χαμηλότερο κόστος παραγωγής. Μέσα από αυτή τη διαδικασία θα αυξηθεί το προσωπικό και θα καλύπτονται καλύτερα οι ανάγκες των πολιτών.
Ο συνδυασμός μείωσης κόστους υπηρεσιών, βελτίωσης των

υποδομών, επένδυσης σε νέες τεχνολογίες, αντιμετώπιση της διαφθοράς, θα βοηθήσει από τη μια στην εξοικονόμηση πόρων και από την άλλη στη μείωση του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών στην υγεία.

Συνάμα κατά τον υπολογισμό του κόστους είναι βασικό να υπολογίζεται σφαιρικά ανά περιοχή το μέγεθος του πληθυσμού, ο πληθυσμός των γυναικών, οι γεννήσεις, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών, οι χρόνιοι πάσχοντες, τα ηλικια θνησιμότητας, η αναλογία σε πληθυσμό της χώρας και τέλος οι συνολικές δαπάνες, μέσα από αυτό το σύστημα θα μπορεί το κράτος να αναγνωρίζει με ακρίβεια τις ανάγκες ανά περιοχή και να κάνει το κατάλληλο προϋπολογισμό, ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας(Eυκαρπίδης, 2010; ΕΟΠΥΥ,2012). Ο τύπος υπολογισμού ο οποίος προβλέπει τις παραπάνω παραμέτρους και μπορεί να οδηγήσει σε σωστό προϋπολογισμό κάλυψης αναγκών πληθυσμού ανά περιοχή, είναι ο ακόλουθος: $RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot c_{mi} \cdot sm_{ri} / P_n) \cdot THE$, όπου α) RHE: Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής, β) P_i : πληθυσμός περιοχής, γ) f_i : πληθυσμός γυναικών περιοχής, δ) b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής, ε) a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών, ζ) c_{mi} : πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής, η) sm_{ri} : προτυποποιημένα ηλικια θνησιμότητας περιοχής, θ) p_n : πληθυσμός χώρας, ι) THE: συνολική δαπάνη υγείας(ΕΟΠΥΥ,2012).

Σύμφωνα με τους Hurt (1971, p.405) και Lee(2017) μια ακόμα στρατηγική μείωσης του κόστους και βελτίωσης της προσβασιμότητας είναι η προοπτική αποζημίωσης με βάση τα DRG's (Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια). Το σύστημα KEN, που έχει εφαρμοστεί στην Ελλάδα είναι παρόμοιο αλλά όχι εξίσου αποδοτικό, έχει προβλήματα κωδικοποίησης, ταξινόμησης και τιμολόγησης, η μετάβαση στη σωστή χρήση των DRG's , θα μειώσει τα κόστη και θα διευκολύνει τη πρόσβαση των πολιτών στην υγεία. Κάποια από τα μέσα χρηματοδότησης της παρούσας κατάστασης για βελτίωση της ποιότητας είναι τα ακόλουθα(ΕΟΠΥΥ,2012):

1. Συμβολή της γενικής φορολογίας: Επανεξέταση της κρατικής

επιχορήγησης με στόχο την οικονομική και δημοσιονομική πολιτική, την ενίσχυση των νοσοκομείων και γενικά της υγείας για μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων.

2. Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών: Μείωση των εργοδοτικών εισφορών, με στόχο τη καταπολέμηση της ανεργίας, την παροχή διεξόδων εργασίας άρα και ασφαλιστικής κάλυψης. Όλα αυτά θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των ανισοτήτων στη πρόσβαση, συγχρόνως θα βοηθηθεί το κράτος στη συλλογή των ασφαλιστικών εισφορών αλλά και των ωφελουμένων με στόχο την καταπολέμηση των ανισοτήτων στη πρόσβαση στην υγεία.
3. Κοινωνικός ασφαλιστικό φόρος: Μετακύληση ενός μέρος του ΦΠΑ στα ταμεία ώστε να μειωθεί τα ασφάλιστρα, να εξοικονομήσει πόρους το κράτος ώστε να επενδύσει στις μονάδες υγείας και να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών.
4. Ειδική φορολογία προϊόντων: Αναφέρθηκε και παραπάνω το κράτος θα πρέπει να βρει έσοδα από προϊόντα όπως το ποτό και το τσιγάρο και να τα επενδύσει στην υγεία, ώστε με αυτό τον τρόπο ο πολίτης που έχει χρήματα για να αγοράσει ένα όχι πρώτης ανάγκης να βοηθήσει μέσα από τη φορολογική του συνδρομή το πολίτη που δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία λόγω οικονομικών δυσχερειών.

Ο σωστός υπολογισμός του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών, ανά περιοχή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους και τα αποτελεσματικά χρηματοδοτικά προγράμματα, θα βοηθήσει ώστε όλοι οι Έλληνες πολίτες να έχουν πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα υγείας της χώρας(Lee,2017).

Με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε διαπιστώθηκε ότι η κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την υγεία στην Ελλάδα, «χτυπώντας» τις ασθενείς ομάδες και περιορίζοντας τη δυνατότητα πρόσβαση τους στη νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει σήμερα προβλήματα χρηματοδότησης, κακής

οργάνωσης, γραφειοκρατία, διαφθορά.

Είναι απαραίτητο να ενταθούν λοιπόν οι προσπάθειες να ελαχιστοποιηθούν τα παραπάνω, να οριστούν στόχοι σαν τους προαναφερόμενους και δράσεις οι οποίες από τη μια να μειώσουν το κόστος και από την άλλη να εξοικονομήσουν πόρους στήριξης της πρόσβασης όλου του ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από συγκεκριμένο πλάνο τα επόμενα χρόνια η υγεία πρέπει να είναι ένα από τα βασικά αγαθά όπου ο Έλληνας πολίτης να μπορεί να απολαμβάνει χωρίς περιορισμούς.

Οι προτάσεις που έγιναν στη προηγούμενη ενότητα θα ενισχύσουν το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, δίνοντας διεξόδους σε όλα τα επίπεδα δράσης και ανάπτυξης. Οι προτάσεις που έγιναν είναι σχετικές και μπορούν να εφαρμοστούν στην Ελλάδα δεδομένου, μπορεί να δώσει βαρύτητα μόνο σε δράσεις σχετικές με τη παρούσα κατάσταση αλλά και την οικονομική δυναμική του κράτους και όχι να εστιάσει σε δράσεις και μέτρα που θεωρούνται ανέφικτα, δεν οδηγούν δε υλοποιήσιμα μέτρα αποκατάστασης της υγείας, του ασφαλιστικού συστήματος και γενικά επαναφορά της χώρας σε πρότερη καλύτερη κατάσταση. Η προσβασιμότητα είναι μια διαδικασία που αν τη διαχειριστεί με σωστό τρόπο το κράτος θα βοηθήσει το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού να έχει πρόσβαση στην υγεία βελτιώνοντας τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων υγείας.

Βιβλιογραφία

- Almansoori, A., AlShamsi, M., Salloum, S.A., Shaalan, K. 2020. Critical Review of Knowledge Management in Healthcare. In M. Al-Emran et al. (eds.), *Recent Advances in Intelligent Systems and Smart Applications, Studies in Systems, Decision and Control* https://doi.org/10.1007/978-3-030-47411-9_6.
- Asaria, M., Griffin, S., Cookson, R., Whyte, S., and Tappenden, P. (2015). Distributional Cost - Effectiveness Analysis of Health Care Programmes—A Methodological Case Study of the UK Bowel Cancer Screening Programme. *Health economics*, 24(6), p.742-754.
- Barney, J. 1991. Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Barua, B., Moir, M. 2020. Comparing Performance of Universal Health Care Countries. Fraser Institute, 1-66.
- Bjornberg A., Garrofe BC., and Lindblad S.(2009) "Euro health consumer index 2009. Health Consumer Powerhouse", *Working Paper*, No 722. OECD Publishing, Paris, France, p.29
- Chapman A.,(2016),*Quality and Services*, Prentice Hall, pp.20-24
- Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., ... and Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold.
- Dahlgaard, J. J., Pettersen, J., & Dahlgaard-Park, S. M. (2011). Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(6), 673-689.
- Deloitte Consulting. 2016. The value of patient experience. <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health->

care/articles/us- dchs-the-value-of patient-experience.pdf.

- Deming, W. E., (2016), *Out of the Crisis*, Cambridge University Press
- Drucker, P.F. 1963. *Managing for business effectiveness*. Harvard Business Review, 41, 53-60.
- Drucker, P.F. 2006. *The Effective Executive*. <https://dtleadership.my/wp-content/uploads/2019/05/Drucker-2006-The-Effective-Executive-The-Definitive-Guide-to-Getting-the-Right-Things-Done.pdf>.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., and Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Economou, C., and Giorno, C.(2009) *Improving the performance of the public health care system in Greece*. OECD Economics Department, p.28
- European Commission.(2020) *The Euphoric European Project, An Evaluation of health system to improve the quality of treatment*. Luxembourg, Brussels
- Fuller, N. R., Colagiuri, S., Schofield, D., Olson, A. D., Shrestha, R., Holzapfel, C., ... and Jebb, S. A. (2013). A within-trial cost-effectiveness analysis of primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment, relative to standard care—an international randomised controlled trial. *International Journal of Obesity*, 37(6), p.828-834.
- Geitona, M., Zavras D., Kyriopoulos, J.(2007) "Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making". *European Journal Gen Pract* ,Vol.13,pp.144–150
- Gray, A. M., and Wilkinson, T. (2016). Economic evaluation of healthcare interventions: old and new directions. *Oxford Review of Economic*

- Policy*,32(1), p.102-121.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). *Improving patient care: the implementation of change in health care*. John Wiley & Sons.
- Hawawini, G., Subramanian, V., Verdin, P. 2003. Is Performance Driven by Industry or Firm-Specific Factors? A New Look at the Evidence. *Strategic Management Journal*, 24, 1-16.
- Helfat, C.E., Peteraf, M.A. 2009. Understanding dynamic capabilities: Progress along a development path. *Strategic Organization*, 7(1), 91-102.
- Heras-Saizarbitoria, I., & Boiral, O. (2013). ISO 9001 and ISO 14001: towards a research agenda on management system standards. *International Journal of Management Reviews*, 15(1), 47-65.
- Hurt JT.(1971) "The Inverse Care Law". *Lancet*,pp. 405-12 όπως αναφέρεται στο ΕΟΠΥΥ.(2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας*, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., ... and Loder, E. (2013). Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *BMC medicine*, 11(1), p.1.
- International Monetary Fund.(2009) *Global Economic Slump Challenges policies*, Available from <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>
- Jacobs, R., Smith, P.C., Street, A. 2006. *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge University Press, Cambridge.
- John P.,(2019), *Quality and Services*, Ανάκτηση στις 20-7-2009 από <http://en.wikipedia.org>, 26/3/07

- Johnson G.,(2004),Identify Services,Department of Trade and Industry,pp.1-2
- Kendikelenis, A.(2010) "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *Correspondence*, 378, p.p 1457-1458
- Kondilis, E et al.(2013) "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case", *American Journal of Public Health*,pp.1-7
- Kontodimopoulos,N.(2006) "Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece", *Health Policy*, Vol.76, pp.49-57
- Kor, Y.Y., Leblebici, H. 2005. How do interdependencies among human-capital deployment, development, and diversification strategies affect firms' financial performance? *Strategic Management Journal*, 26(10), 967-985.
- Laramée, P., Bell, M., Irving, A., & Brodtkorb, T. H. (2016). The Cost-Effectiveness of the Integration of Nalmefene within the UK Healthcare System Treatment Pathway for Alcohol Dependence. *Alcohol and Alcoholism*, agv,p.140.
- Lee, A.(2017) Health Systems, Policy&Economics, The University of Sheffield
- Lee, A.(2017) Introduction to Health Policy II:When Policies Collide, The University of Sheffield
- Lee, A.(2017) *Mapping health systems: problems, politic and policy*, The University of Sheffield
- Lee, A.(2017) *The government as payor and regulator*, The University of Sheffield
- Lee, A.(2017) *The organization of health systems*, The University of Sheffield

- Lee, I. H., Standaert, B., Nievera, M. C., & Rogacion, M. D. (2014). Cost-effectiveness analysis of universal vaccination with rotarix® in the Philippines. *Journal Pediatr Infect Dis Soc of the Philipines*,15(1), p.15-29.
- Lee, S. Y. (2014). Cost analysis on application of accessible design features for the elderly housing. *Journal of the architectural institute of Korea planning & design*, 30(1), 53-60.
- Leger Ass., Schnieden H., Walsworth-Beli Jp. Evaluating Health Services Effectiveness. Open University Press. 1992. 1-107.
- Liu, S., Cipriano, L. E., Holodniy, M., Owens, D. K., & Goldhaber-Fiebert, J. D. (2012). New protease inhibitors for the treatment of chronic hepatitis C: a cost-effectiveness analysis. *Annals of internal medicine*, 156(4), p.279-290.
- Longworth, L., Youn, J., Bojke, L., Palmer, S., Griffin, S., Spackman, E., & Claxton, K. (2013). When does NICE recommend the use of health technologies within a programme of evidence development?. *Pharmacoeconomics*, 31(2), p.137-149.
- McGahan, A.M., Porter, I.E. 1997. How Much Does Industry Matter, Really? *Strategic Management Journal*, 18(4), 15-30.
- McKinsey. 2020. Capability building is more valuable during the pandemic than ever. <https://www.mckinsey.com/business-functions/mckinsey-accelerate/our-insights/rethink-capabilities-to-emerge-stronger-from-covid-19#:~:text=Capability%20building%20>
- Meltzer, D. (2015). Cost-Effectiveness Analysis. *Medical Care Output and Productivity*, p.97.
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care*

- Quality Assurance, 26(2), 147-173.
- Muennig, P., and Bounthavong, M. (2016). *Cost-effectiveness analysis in health: a practical approach*. John Wiley & Sons
- Muennig, P., and Bounthavong, M. (2016). *Cost-effectiveness analysis in health: a practical approach*. John Wiley & Sons.
- N. 4238/ ΦΕΚ 38/ 17-02-2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», Ανάκτηση στις 18-5-2017 από <http://www.moh.gov.gr/articles/news/2275-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y>
- Niakas, D.(2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *The Economic and Financial Crisis: Consequences for Health and Well-Being*, Vol.43, No. 4, pp. 597–602
- O'Connor, J., Rice, S., Smith, A., Rodgers, M., Lopez, R. R., Craig, D., and Woolacott, N. (2016). The Clinical and Cost Effectiveness of Ustekinumab for the Treatment of Psoriatic Arthritis: A Critique of the Evidence.*Pharmacoeconomics*, p.1-12.
- OECD (2012), *Health at a Glance*, retrieved in November 2012, Available in 14-5-2017 from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- OECD (2014), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en
- OECD Health Data 2015. Chart 4. Overweight and obesity rates among adults, 2003 (or latest year available), October 0
- OECD Health Data.,(2015),Total expenditure on health - % of gross domestic product , October 05.
- OECD Health Project. Towards high-performing health systems. Summary Report, 2020
- OECD. 2019. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0b636213->

en/index.html?itemId= /content/component/0b636213-en.

- Okuda H.,(2015), Total Quality Management, McGraw Hill, pp.10-12
- Pawlowska, M. 2007. The Impact of Market Structure and the Business Cycle on Bank Profitability: the role of foreign banks. <https://icmaif.soc.uoc.gr/~icmaif/Year/2016/papers/pdf>.
- Porter, M. 1996. What is Strategy? Harvard Business Review, 74(6), 61-78.
- Prusak, L. 2010. What Cannot Be Measured. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2010/10/what-cant-be-measured>.
- Rachaneni, S., McCooty, S., Middleton, L. J., Parker, V. L., Daniels, J. P., Coomarasamy, A., ... & Roberts, T. E. (2016). Economic evaluation of alternative diagnostic strategies.
- Rosko, M., Al-Amin, M., Tavakoli, M. 2020. Efficiency and profitability in US not-for-profit hospitals. Int. J. Health. Econ. Manag., 20, 359-379. <https://doi.org/10.1007/s10754-020-09284-0>.
- Schlander M.(2008) "The use of cost-effectiveness by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): no (t yet an) exemplar of a deliberative process", *Journal Med Ethics*, 34,p.534-539
- Simou E, Koutsogeorgou E. (2013) "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, 3 March 2014, Available in 28-5-2017 from <http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510%2814%2900047-5/fulltext>
- Simou E, Koutsogeorgou E. (2013). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, *Health Policy*, 3 March. Available in 15-5-2017 from <http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510%2814%2900047-5/fulltext>

- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. 2008. Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins *Health Policy*, 88, 282-293.
- Solitaire Consulting Ltd. 2014. Focus on efficiency and effectiveness.
- Squires, H., Chilcott, J., Akehurst, R., Burr, J., and Kelly, M. P. (2016). A systematic literature review of the key challenges for developing the structure of public health economic models. *International journal of public health*, p.1-10.
- Steriu, A., and Sanderson, C. (2013). The economics of chronic kidney disease stage 5 (CKD5) on renal replacement therapy (RRT) in Romania: is a cost-effectiveness analysis (CEA) sufficient to assist with planning for treatment requirement?. *The European Journal of Public Health*, 23, ckt,p.123-060.
- Task Force, (2013), Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ανάκτηση από http://www.eina.gr/news2013/task_force2013.pdf
- Teece, D. 1997. Explicating dynamic capabilities: The nature and micro-foundations of Sustainable enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 28(13), 1319-1350.
- Turner, J., Broom, K., Elliot, M., Lee, J. 2015. A comparison of capital structure: the use of debt in investor-owned and not-for-profit hospitals. *Journal Health Care Finance*, 41(4), 1-17.
- Ubel, P. A. (2016). Value Promotion in Health Care: The Importance of Symmetry. *JAMA*, 315(2), p.133-134.
- Van Velden ME, Severens JL, Novak A.(2005) "Economic evaluations of healthcare programmes and decision making: the influence of economic evaluations on different healthcare decision-making levels", *Pharmacoeconomics*, 23(11) p.1075 -82.

WEF. 2016. <https://reports.weforum.org/global-competitiveness-report-2015-2016/health/>.

WHO. 2010. Health Systems Financing. The path to universal coverage. The World Health Report. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence.

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. World Health Organization.

Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2008), Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*, 47(3): 320–333

Ανδριώτη Δ., Ρουμελιώτου Α (1997) Επιδημιολογική προσέγγιση της υγείας της Ελληνίδας. Στο: Ρουμελιώτου Α. Κορνάρου Ε. Γείτονα Μ. (επιμ). Υγεία και Γυναίκες. ΕΣΔΥ Αθήνα σ. 81-89

Βλάχος, Θ.(2008) Η οικονομική κρίση επηρεάζει και την υγεία, *Ανάκτηση* στις 18-5-2017 από <http://www.e-erevna.gr/portal/story.aspx?ID=52157>

Βραχάτης, Δ., Παπαδόπουλος, Α., (2011), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 51(1): 10–17

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. Η Οικονομική Εκτίμηση στον Υγειονομικό Τομέα, In: Κυριόπουλος Γ., ed. *Οικονομικά και Πολιτική των Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. 1992.Σελ.121-132

Διαδικτυακός τόπος Archive.gr. Άρθρο της Αικατερίνης Κωνσταντοπούλου με τίτλο Η πολιτική της υγείας στην Ελλάδα. Η URL της δημοσίευσης είναι: <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>

Διαδικτυακός τόπος Archive.gr. Άρθρο της Αικατερίνης Κωνσταντοπούλου με τίτλο Η πολιτική της υγείας στην Ελλάδα. Η URL της δημοσίευσης είναι: <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>

Διαδικτυακός τόπος <http://epatientgr.wordpress.com>. Άρθρο με τίτλο Health Services In Greece. Μάιος 2010.

ΕΟΠΥΥ.(2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας*, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Εργαστήριο Οργάνωσης και Εκτίμησης Υπηρεσιών Υγείας. Μέτρηση της Αποδοτικότητας του Β' Πε.Σ.Υ.Π Αττικής. Αθήνα. 2005 Εργαστήριο Οργάνωσης και Εκτίμησης Υπηρεσιών Υγείας. Μέτρηση της Αποδοτικότητας του Β' Πε.Σ.Υ.Π Αττικής. Αθήνα. 2005

ΕΣΔΥ, (2013), Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Ευκαρπίδης, Α.(2012) «Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο», *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τ.4, τεύχος. 3, σ.σ. 50-51

ΗΜΕΡΗΣΙΑ.(2020) Το Σύστημα Υγείας σε πέντε χώρες της Ε.Ε, Ανάκτηση από: <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12337&subid=2&rubid=14745180>[Πρόσβαση 20-3-2020]

Θεοδώρου, Μ., Μητροσυλη, Μ., (1999) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Γ', Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και νομικές διαστάσεις), ΕΑΠ, Πάτρα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης Σ. (1996), Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα, Έκδοση των συγγραφέων, Αθήνα.

Καλαποθάκη Β., Καλαντίδου Α., Κατσογιάννη Κ., και συν (2012) Η Υγεία

- του Ελληνικού πληθυσμού. *Mat Med Greca* 20(2): 91-164 Ανδριώτη Δ., Ζέρβας Γ., Τσίμπος Κ., Ρουμελιώτου Α.(1994) Διερεύνηση των διαχρονικών ροπών των καρδιαγγειακών παθήσεων στη χώρα μας: *Ιατρική* 66:293-299
- Καλογεροπούλου Μ. (2011). Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(6):794-803
- Κοντός, Δ., (2013), Πρόταση προέδρου ΕΟΠΥΥ για τη μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ανάκτηση από <http://www.moh.gov.gr/articles/news/1967-protash-proedroy-eopyy-gia-th-metarrythmish-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias>
- Κοτσιολούδης Π.,(2018), Προώθηση μεταρρυθμίσεων και αλλαγών στις Ιατρικές υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα με σκοπό των εκσυγχρονισμό τους στα πλαίσια του επερχόμενου ανταγωνισμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, *Maronite Community of Cyprus*.
- Κουκουμάς, Ν., (2015), Αναθεωρημένο Κείμενο βάσει των σχολίων και αποτελεσμάτων της Δημερίδας Εργασίας για το Εθνικό Σχέδιο Ανάπτυξης του τομέα «Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη 2007-2013», Αθήνα, 25-26 Νοεμβρίου 2005
- Κυριακόπουλος, Γ.(2009) Οικονομική κρίση και Υγεία, Ανάκτηση από 6# <http://www.apogevmatini.gr/?p=50153>
- Κυριόπουλος, Γ., και Τούντας, Β.(2010) «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 27, No.5, pp.834-840
- Λογοθέτης Ν(2012), Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, Prentice Hall-Interbooks
- Μπαλτάς, Ν.Γ(2013), Δικτύωση Ολικής Ποιότητας, Πατάκης σελ 42-43
- Μπασκόζος, Γ., (2013), Εισήγηση στη δημόσια διαβούλευση με φορείς των υγειονομικών, Ανάκτηση από

<http://iatroi.eu/2013/10/29/%CE%B5%CE%B9%CF%83%CE%AE%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%B3-%CE%BC%CF%80%CE%B1%CF%83%CE%BA%CF%8C%CE%B6%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B7-%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CF%8C%CF%83%CE%B9%CE%B1-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B2/>

Μπινιώρης Σ., (2008), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία, Αθήνα: Πασχαλίδης

Μωραϊτης, Ε., (2005), Βασικοί τρόποι και στρατηγικές πρόληψης για την προαγωγή της υγείας, Σημειώσεις προγράμματος κατάρτισης, Αθήνα.

Νάτσιος Δ.(2019) *Ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, Λαμία: Έκδοση του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας*

Νιάκας, Δ., (2013), Ο ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής υπηρεσιών Υγείας. Με ποιους πόρους, άραγε; Ανάκτηση από <http://www.ygeia360.gr/el/component/k2/item/8071>

ΟΕΝΓΕ, (2013), Πρόταση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Παπαδήμας Ο., Εθνικό Σύστημα Υγείας: Τι δηλώνουν γι' αυτό οι νοσηλεύόμενοι σήμερα. ΤΕΙ Αθήνας: Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας – Πρόνοιας, Εργαστήριο Στατιστικής. Αθήνα. 2005

Πατελάρου Α.,(2011), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση*, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61

ΠΟΥ (2009-'), The Financial Crisis and Global Health. Ανάκτηση από http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf !"# \$%!&'\$(22/12/2009

ΠΟΥ, The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever), Ανάκτηση από <http://www.who.int/whr/2008/en/>

- Σιγάλας Ι(2010), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ΕΑΠ, σελ 15-20
- Σιγάλας Ι.(2019) *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*, Τόμος Δ. Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- Σούλης Σ. (1999). Οικονομική Εκτίμηση Προγραμμάτων και Υπηρεσιών Υγείας, In: Δουμουλάκης Γ., ed. Οικονομική της Υγείας Β' Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. Σελ. 316-370
- Σουλιώτης, Κ., (2013), Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, Ανάκτηση από http://www.ygeia360.gr/images/protasi_ep_epitropisPFY.pdf
- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., (2011), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 4, pp140-148
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007. 24(1):7–21
- Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α. Εκτίμηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007. 24(1):7–21
- Τούντας, Γ., (2014), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ΕΟΠΥΥ σε κρίσιμο σταυροδρόμι, Ανάκτηση από <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=149>
- Τσιομλεξή Δ. Σύγχρονες Πολιτικές Υγείας (Παρουσίαση Εργασίας) img.pathfinder.gr/clubs/files/27693/4rpt[Πρόσβαση 20-3-2022
- ΥΓΚΑ, (2014), Σχέδιο Νόμου «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και Λοιπές Διατάξεις» - Δημόσια Διαβούλευση, Ανάκτηση από <http://www.moh.gov.gr/articles/news/2153>
- Υφαντόπουλος, Γ. (2005), Τα οικονομικά της υγείας θεωρία και πολιτική, Τυπωθητω, Αθήνα.

Χριστοφορίδου, Α., (2005), Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες για την προαγωγή της υγείας *in* ΕΣΔΥ (ed), *Σημειώσεις προγράμματος κατάρτισης: Πολιτικές για την ανάπτυξη και την προαγωγή της δημόσιας υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα, pp. 4-8.