



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



**Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα
κατά την περίοδο της κρίσης:
Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου
«Αττικόν»**

Ευτυχία Χρουσά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Αιγάλεω, 2020



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



**Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα
κατά την περίοδο της κρίσης:
Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου
«Αττικόν»**

Ευτυχία Χρυσή, Α.Μ.:03918

Επιβλέπων: Ιωάννης Σ. Βαβούρας, Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικής Πολιτικής στο Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης του Παντείου Πανεπιστημίου, τ. Πρύτανης του εν λόγω Πανεπιστημίου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική

Αιγάλεω, 2020



University of West Attica

School of Administration, Economic, and Social Sciences

Department of Accounting & Finance

M.Sc. in Public Economics and Policy



**The contraction in health expenditure in Greece
during the crisis period:
The case of the University General Hospital
"Attikon"**

Eftychia Chrousi, R.N.:03818

Supervisor: Ioannis S. Vavouras, Professor Emeritus of Economic Policy in the Department of Public Administration of Panteion University, former Rector of that University

Master Thesis submitted to the Dept. of Accounting & Finance of the University of West Attica in partial fulfilment of the requirements for the degree of M.Sc. in Public Economics and Policy

Aigaleo, Greece, 2020

Στον πατέρα μου που έφυγε τόσο νωρίς ...

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω, καταρχάς, στον Καθηγητή και επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Ιωάννη Βαβούρα που δέχτηκε να επιβλέψει την διπλωματική μου εργασία. Η καθοδήγησή του στην επιλογή του θέματος, το αδιάλειπτο ενδιαφέρον του, οι καίριες συμβουλές και παρατηρήσεις του στάθηκαν καθοριστικές στην υλοποίηση της Διπλωματικής μου εργασίας. Η συνεργασία μας υπήρξε εποικοδομητική και ωφέλιμη και μου προκάλεσε απέραντο θαυμασμό και σεβασμό προς το πρόσωπό του και θα τον κρατώ ως ελάχιστο δείγμα ευχαριστίας.

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στο διευθυντή του προγράμματος κ. Θεόδωρο Παπαηλία, που με απaráμιλλο τρόπο συνεχίζει ακούραστα να διευθύνει το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα στη Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στην πρώην συνάδελφο μου Φανίτσα Λουκά που εν μέσω πανδημίας Covid-19 συγκέντρωσε τα απαραίτητα ερωτηματολόγια προκειμένου να ολοκληρωθεί η έρευνα μου και κατ' επέκταση η διπλωματική μου.

Κλείνοντας, ευχαριστώ τη μητέρα μου την αδερφή και την οικογένειά μου, που με την αμέριστη βοήθεια τους συνέβαλλαν στο να ολοκληρωθεί η προσπάθειά μου.

**Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα
κατά την περίοδο της κρίσης:
Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου
«Αττικών»**

Περίληψη

Η Ελλάδα κατά το έτος 2009, υπέστη μια από τις σοβαρότερες κρίσεις χρέους στην ιστορία της και αναγκάστηκε το 2010 να υπογράψει Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) με σκοπό την δανειοδότησή της. Το πρόγραμμα χρηματοδότησης ή διάσωσης απαιτούσε την υλοποίηση μιας σειράς μέτρων δημοσιονομικού χαρακτήρα.

Σκοπός των μέτρων ήταν η μείωση των δημοσίων δαπανών μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον δημόσιο τομέα. Η παρούσα έρευνα είχε στόχο να διερευνήσει την συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης εστιάζοντας στην περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών».

Διεξήχθη πρωτογενής ποσοτική έρευνα σε 86 άτομα που κατέχουν θέση ευθύνης στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Η επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος πραγματοποιήθηκε προκειμένου να συνδυαστεί η μείωση του Προϋπολογισμού με την αποτελεσματικότητα του Νοσοκομείου και να αναδειχτεί η σπουδαιότητα της έρευνας. Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος SPSS.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι γυναίκες, ηλικίας από 56 έως 67 ετών, που εργάζονται σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών πάνω από 16 έτη και που δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο υποστηρίζουν σε υψηλότερο βαθμό πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Ακόμη, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου συμφωνούν περισσότερο με τη μείωση του προϋπολογισμού και πως υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά λόγω έλλειψης τους.

Παρατηρήθηκε επίσης πως οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και όσοι δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμού ικανοποίηση από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο ΠΓΝ Αττικών. Τέλος, έγινε σαφές πως όσο περισσότερο συμφωνούν οι ερωτηθέντες με τη μείωση που πραγματοποιήθηκε στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, τόσο πιο σύμφωνοι είναι πως υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει υλικά λόγω έλλειψης τους και πως υπήρξαν εξυβρίσεις-καταγγελίες ασθενών λόγω της έλλειψης αυτής.

Σημαντικοί Όροι : Οικονομική κρίση, Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής, Δημόσιες δαπάνες υγείας, διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, συρρίκνωση δαπανών, προϋπολογισμός.

**The contraction in health expenditure in Greece
during the crisis period:
The case of the University General Hospital
"Attikon"**

Abstract

Greece suffered one of the worst debt crises in its history in 2009 and was forced to sign a Financial Adjustment Program with the International Monetary Fund (IMF), the European Commission and the European Central Bank (ECB) in 2010 in order to borrow funds. The financing or rescue program required a series of budgetary measures. The aim of the measures was to reduce public expenditure through structural reforms in the public sector. This research was intended to investigate the contraction in health spending in Greece during the crisis period by focusing on the case of the University General Hospital "Attikon".

A primary quantitative survey was conducted on 86 persons holding a position of responsibility in the Hospital's Nursing Service. The selection of this sample was made in order to combine the reduction of the budget with the effectiveness of the hospital and to highlight the importance of research. The data were processed through the SPSS programme.

According to the results of the survey, women, aged 56 to 67, who have been working in a position of responsibility in PGN Attikon for over 16 years and who have not served in a position of responsibility at another hospital argue to a higher extent that the government should proceed immediately to the recruitment of permanent staff in order to improve the efficiency of the hospital. In addition, postgraduate or doctoral degree holders are more in agreement with the reduction in the budget and note that there have been cases where they did not have the necessary materials due to their lack.

It was also observed that secondary or higher education graduates and those who have not served in a position of responsibility in another hospital are more satisfied with the efficiency of the health services provided by the hospital PGN Attikon. Finally, it became clear that the more the respondents agree with the reduction in hospital budgets, the more they accept the fact that there have been cases where the patient has been asked to buy materials due to lack of any, resulting in patient complaints regarding this matter.

Keywords: Financial Crisis, Fiscal Adjustment Program, Public Health Expenditure, Structural Reform, Contraction in expenditure, Budget.

Περιεχομένα

Περίληψη	11
Abstract.....	13
Κεφάλαιο 1 ^ο	1
Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Ορισμός Συστήματος Υγείας.....	2
1.3 Δαπάνες Υγείας και Παραγωγική Διαδικασία	4
1.4 Γενικά Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	5
1.5 Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	6
1.6 Πλαίσιο Περίθαλψης στην Ελλάδα	7
1.7 Μεταρρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας	9
1.7.1 Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής	10
1.7.2 Δεύτερο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής.....	10
1.7.3 Τρίτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής	13
1.8 Ανακεφαλαίωση	14
Κεφάλαιο 2 ^ο	17
Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Χώρο της Υγείας.....	17
2.1 Εισαγωγή	17
2.2 Αίτια της Ελληνικής Κρίσης Χρέους	18
2.3 Επιπτώσεις στους Κοινωνικοοικονομικούς και Δημογραφικούς Παράγοντες	20
2.4 Επιπτώσεις στην Υποστελέχωση του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα	22
2.5 Συγκριτική Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση.....	27
2.6 Ανακεφαλαίωση	34
Κεφάλαιο 3 ^ο	35

Απόδοση του Συστήματος Υγείας	35
3.1 Εισαγωγή	35
3.2 Αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας.....	35
3.3 Αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων την περίοδο της κρίσης.....	38
3.4 Προσβασιμότητα του Συστήματος Υγείας.....	45
3.5 Ανθεκτικότητα του Συστήματος Υγείας	48
3.6 Σχέση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Απόδοσης Συστήματος.....	50
3.7 Ανακεφαλαίωση	51
Κεφάλαιο 4 ^ο	53
Ερευνητική μεθοδολογία.....	53
4.1 Εισαγωγή	53
4.2 Μελέτη Περίπτωσης ΠΓΝ «Αττικών».....	53
4.3 Σχεδιασμός Μελέτης	60
4.4 Μέθοδος δειγματοληψίας.....	61
4.5 Ερευνητικές Υποθέσεις	62
4.6 Ανακεφαλαίωση	62
Κεφάλαιο 5 ^ο	63
Αποτελέσματα Έρευνας	63
5.1 Εισαγωγή	63
5.2 Προσωπικά Στοιχεία.....	63
5.3 Μείωση των Δαπανών Υγείας στο Νοσοκομείο	68
5.4 Μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με την υγεία του ασθενούς.....	76
5.5 Μείωση δαπανών υγείας και αποδοτικότητα νοσοκομείου	80
5.6 Επαγωγική στατιστική.....	87
5.7 Ανακεφαλαίωση	93
Συμπεράσματα	95

Παράρτημα	99
Βιβλιογραφία	105

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1 : Συστήματα Υγείας	2
Πίνακας 1.2 : Κατηγοροποίηση Δαπανών Υγείας.....	4
Πίνακας 1.3 : Παραγωγική Διαδικασία Συστήματος Υγείας	5
Πίνακας 2.1 : Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες	21
Πίνακας 2.2 : Δημογραφικοί Παράγοντες	22
Πίνακας 2.3 : Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, έτη 2008 και 2018	23
Πίνακας 2.4 : Ιατρικό Προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, έτη 2008 και 2018.....	24
Πίνακας 2.5 : Δείκτες Υγείας για Δαπάνες ανά Κάτοικο, 2009-2013 και 2017	29
Πίνακας 2.6 : Δείκτες Υγείας σχετικά με την Μέση Ετήσια Μεταβολή των Δαπανών	63
Πίνακας 4.1 : Διευθύνσεις – Αυτοτελή Τμήματα ΠΓΝ «Αττικών»	55
Πίνακας 4.2 : Προϋπολογισμός ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019.....	56
Πίνακας 4.3 : Συνολικές Αγορές ανά Υγειονομική Περιφέρεια 2013-2019	58
Πίνακας 4.4 : Λειτουργικοί Δείκτες Υγείας ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019	59
Πίνακας 5.1 : Φύλο.....	63
Πίνακας 5.2 : Ηλικία	64
Πίνακας 5.3 : Μορφωτικό Επίπεδο	65
Πίνακας 5.4 : Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών;	66
Πίνακας 5.5 : Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο;	67
Πίνακας 5.6:Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ενημερωθήκατε από τη Διοίκηση να προβείτε σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου Προϋπολογισμού;.....	68
Πίνακας 5.7:Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνος;	69
Πίνακας 5.8:Αντιμετωπίσατε ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του Προϋπολογισμού;	70
Πίνακας 5.9:Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες θεωρείτε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη έλλειψη / μείωση κατά τη διάρκεια της κρίσης;.....	71
Πίνακας 5.10:Ποιά θεωρείτε ότι ήταν η βασική αιτία των ελλείψεων;	72
Πίνακας 5.11:Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου;	74
Πίνακας 5.12:Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου;	75

Πίνακας 5.13:Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών;	76
Πίνακας 5.14:Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει / τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου;.....	77
Πίνακας 5.15:Υπήρξαν οποιουδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών;	78
Πίνακας 5.16:Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς?	79
Πίνακας 5.17:Θεωρείτε πως η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των Νοσοκομείων γενικά;	80
Πίνακας 5.18:Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων;	81
Πίνακας 5.19:Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικόν είναι υποστελεχωμένο;	82
Πίνακας 5.20:Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι επηρεάζει περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;.....	83
Πίνακας 5.21:Είστε ικανοποιημένος–η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικόν;.....	85
Πίνακας 5.22:Είστε ικανοποιημένος–η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικόν;.....	86
Πίνακας 5.23: Διαφοροποιήσεις ως προς τις απόψεις των ερωτηθέντων	88
Πίνακας 5.24:Διαφοροποιήσεις ως προς την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αποδοτικότητα του νοσοκομείου και των ίδιων	90
Πίνακας 5.25: Συσχετίσεις Pearson.....	92

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1 : Απεικόνιση του Νοσηλευτικού Προσωπικού ,έτη 2008 και 2018.....	24
Διάγραμμα 2.2 : Απεικόνιση του Ιατρικού Προσωπικού, έτη 2008 και 2018	25
Διάγραμμα 2.3 : Αναλογία Νοσηλευτών προς Ιατρούς, 2018	26
Διάγραμμα 2.4 : Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ, 2019	33
Διάγραμμα 3.1 : Κατανομή Δαπανών σε Άμεσες Ιδιωτικές Πληρωμές, 2017	47
Διάγραμμα 3.2 : Ετήσια μέση Αύξηση Φαρμακευτικής Δαπάνης, 2008-18.....	50
Διάγραμμα 4.1 : Προϋπολογισμός ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019	57

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 5.1:Φύλο.....	64
Σχήμα 5.2:Ηλικία.....	64
Σχήμα 5.3:Μορφωτικό επίπεδο	65
Σχήμα 5.4:Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών;	66
Σχήμα 5.5:Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο;	67
Σχήμα 5.6:Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ενημερωθήκατε από τη Διοίκηση να προβείτε σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου Προϋπολογισμού;.....	68
Σχήμα 5.7:Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους;	69
Σχήμα 5.8:Αντιμετώπισατε ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του Προϋπολογισμού;	70
Σχήμα 5.9: Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες θεωρείτε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη έλλειψη / μείωση κατά τη διάρκεια της κρίσης;.....	71
Σχήμα 5.10: Ποιά θεωρείτε ότι ήταν η βασική αιτία των ελλείψεων;	73
Σχήμα 5.11:Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου;.....	74
Σχήμα 5.12:Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου;	75
Σχήμα 5.13:Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών; 76	
Σχήμα 5.14:Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει / τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου;.....	77
Σχήμα 5.15:Υπήρξαν οποιοδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών;	78
Σχήμα 5.16:Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς..	79
Σχήμα 5.17:Θεωρείτε πως η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των Νοσοκομείων γενικά;	80
Σχήμα 5.18:Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων;	81
Σχήμα 5.19:Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικών είναι υποστελεχωμένο;	82
Σχήμα 5.20:Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι επηρεάζει περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;.....	84

Σχήμα 5.21:Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών;.....	85
Σχήμα 5.22:Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικών;.....	86
Σχήμα 5.23 :Διαφοροποιήσεις ως προς τις απόψεις των ερωτηθέντων	89
Σχήμα 5.24:Διαφοροποιήσεις ως προς την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αποδοτικότητα του νοσοκομείου και των ίδιων	91

Πίνακας Συντομογραφιών

Ελληνικές

ΑΔΑ	Αριθμός Διαδικτυακής Ανάρτησης
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΔΚΟ	Διεθνείς Κοινόχρηστες Ονομασίες
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Δ.ΥΠ.Ε	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου
ΕΚΑΠΤΥ	Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία
ΕΚΑΠΥ	Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΥ	Επιτροπή Προμηθειών Υγείας
ΕΣΗΔΗΣ	Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΣΑ	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
ΚΗΜΔΗΣ	Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων
ΚΠΑ	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
Κ.Υ.Α.	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΝΕ	Οικονομική και Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΓΝ	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΜΣ	Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Τ.ΟΜ.Υ.	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΤΥΔΚΥ	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
ΣΔΙΤ	Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα

Αγγλικές

COVID-19	Corona virus disease 2019
DEA	Data Envelopment Analysis
DMUs	Decision Making Units
DRG	Diagnosis- Related Group
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
WHO	World Health Organization

Κεφάλαιο 1^ο

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

1.1 Εισαγωγή

Η ελληνική οικονομία επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση. Η οικονομική κρίση ήταν αποτέλεσμα των κακών πολιτικών όλων των κυβερνήσεων μετά τη μεταπολίτευση. Συγκεκριμένα οι αναποτελεσματικές και ανεξέλεγκτες κυβερνητικές δαπάνες με τα χαμηλά επιτόκια και η ανεξέλεγκτη χρήση των χρημάτων από την Ευρωπαϊκή Ένωση οδήγησαν την Ελλάδα σε μια επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης, με αποτέλεσμα να αναγκαστεί η χώρα να ζητήσει βοήθεια από τα μεγαλύτερα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα στον κόσμο. Η Ελλάδα οδηγήθηκε στην ανάγκη αυτή όταν μετά το 2008 και με δεδομένη τη παγκόσμια κρίση που ξεκίνησε στις ΗΠΑ έφτασε στα όρια της χρεοκοπίας.

Το σχέδιο που υιοθετήθηκε, περιελάμβανε την χρηματοδότηση της χώρας από εξωτερικό μηχανισμό στήριξης (ΔΝΤ- Ευρωπαϊκή Επιτροπή – ΕΚΤ τη λεγόμενη ΤΡΟΙΚΑ), η οποία όμως έθεσε ως βασική προϋπόθεση την ανάπτυξη και εφαρμογή μιας σειράς μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, τα οποία ξεκίνησαν να εφαρμόζονται με την υπογραφή του πρώτου Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής (πρώτο μνημόνιο) η οποία έγινε το Μάιο του 2010.

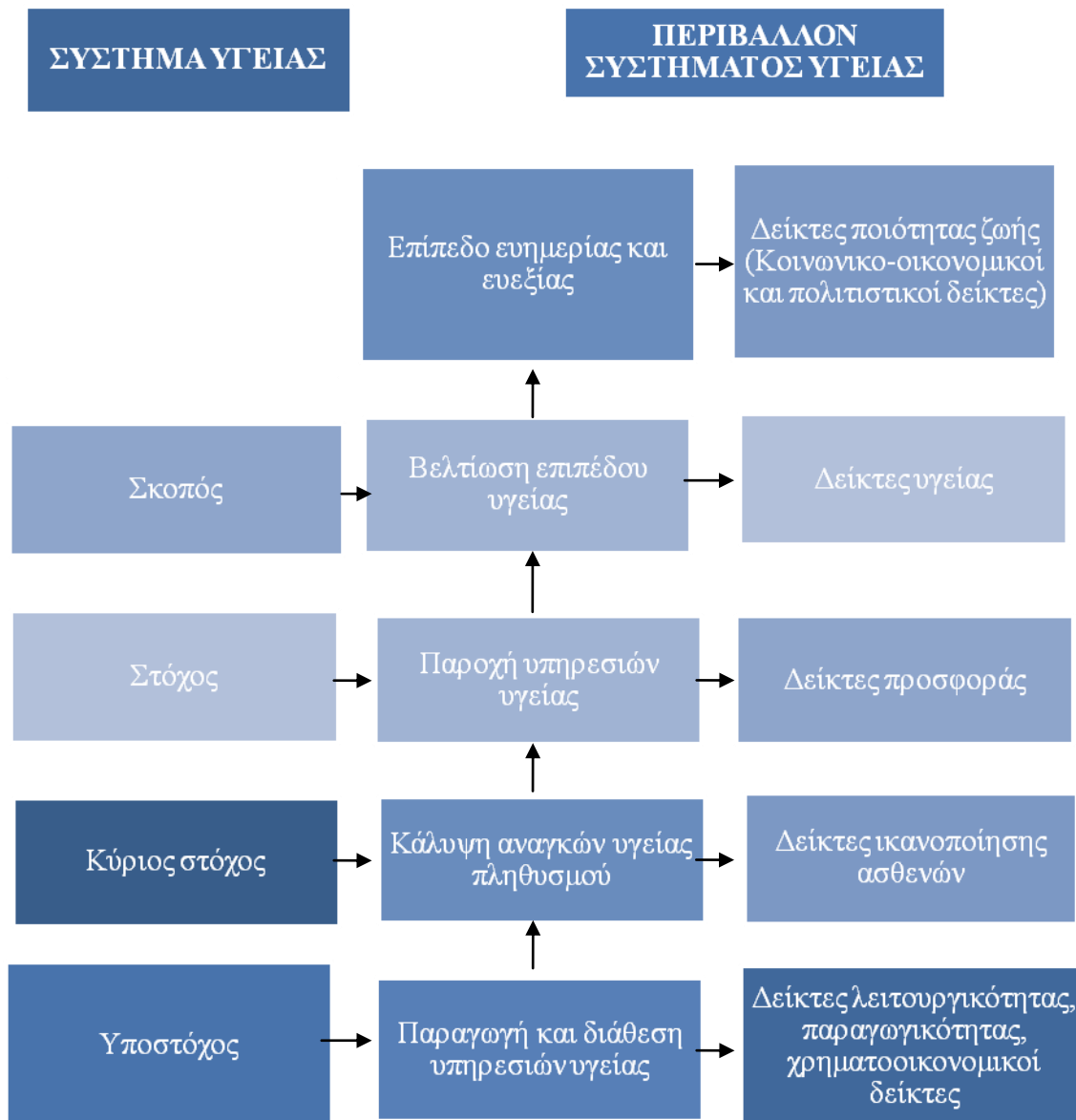
Ο κίνδυνος εξόδου της χώρας από την Ευρωζώνη, η υπάρχουσα πολιτική αστάθεια σε συνάρτηση με τη μη εφαρμογή όλων των μεταρρυθμίσεων του πρώτου μνημονίου κατέληξαν στην υπογραφή ακόμη δύο νέων μνημονίων τον Φεβρουάριο του 2012 και τον Αύγουστο του 2015. Στο επίκεντρο των νέων μεταρρυθμίσεων ήταν η μείωση των μισθών και των συντάξεων, η μείωση των κοινωνικών παροχών και η επιβολή για την κοινωνία νέων δυσμενών δημοσιονομικών μέτρων.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον ορισμό του Συστήματος Υγείας, τη χρηματοδότησή του, τα χαρακτηριστικά του, την δομή περίθαλψης που υπάρχει στη χώρα μας, και θα αναφερθούμε αναλυτικά στις δημοσιονομικές μεταρρυθμίσεις όπου και προκάλεσαν τις σαρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση των δημοσίων δαπανών.

1.2 Ορισμός Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελείται από πολλές μεταβλητές που προσδιορίζουν και τους πόρους που απαιτούνται. Εκτός από τα χρήματα και τα υλικά, ένας από τους πιο σημαντικούς πόρους του είναι οι άνθρωποι που το υποστηρίζουν. Επίσης, σημαντικά είναι και τα υποσυστήματα που το απαρτίζουν που διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει (Σουλής, 1999).

Πίνακας 1.1
Σύστημα Υγείας



Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, (2001)

Στην οριοθέτηση των συστημάτων υγείας ιδιαίτερη σημασία έχει και ο στόχος τους και οι δραστηριότητες τους που σχετίζονται απόλυτα με τις υπηρεσίες υγείας (Δημουλάς, & Οικονόμου, 2012). Οι βασικές αξίες που θα πρέπει να μοιράζονται τα συστήματα υγείας, σύμφωνα με την αναγνώριση της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι αυτές που διέπουν όλα τα δημόσια αγαθά όπως η ισότιμη πρόσβαση, η καθολικότητα, η αλληλεγγύη και κυρίως η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (ΕΕ C 146, 2006).

Οι δραστηριότητες του συστήματος υγείας στοχεύουν στη βελτίωση και στη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου της υγείας σε εθνικό επίπεδο και παροχή υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς διακρίσεις και εξαιρέσεις. Στο πλαίσιο αυτό το εθνικό σύστημα υγείας μίας χώρας εστιάζει στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός χρησιμοποιούνται διάφορα υποσυστήματα, τα οποία αναπτύσσουν μεταξύ τους επιδράσεις και εξαρτήσεις καταλυτικής σημασίας για την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας αλλά και για την επίτευξη των στόχων του.

Σύμφωνα με τον πίνακα 2.1 τα υποσυστήματα που αποτυπώνονται παράγουν τους δείκτες λειτουργικότητας, παραγωγικότητας, τους χρηματοοικονομικούς δείκτες, της ικανοποίησης των ασθενών, της προσφοράς, καθώς και τους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής, βάσει των οποίων καθορίζεται η ποιότητα η λειτουργικότητα αλλά και η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας.

Οι στόχοι ενός σύγχρονου συστήματος υγείας πρέπει να είναι οι ακόλουθοι (Οικονόμου, 2012):

1. Να διασφαλίζεται μια ελάχιστη, ποσοτικά και ποιοτικά, δέσμη υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του καθενός. Να προστατεύεται ο ασθενής από πληρωμές που μπορεί να διακυβεύουν την ίδια τη δυνατότητά του να ζει αξιοπρεπώς. Η υγειονομική προστασία δεν πρέπει να συνδέεται με την οικονομική δυνατότητα του ατόμου (μεταφορά οικονομικών πόρων από οικονομικά εύπορους σε πτωχούς, από εργαζόμενους σε άνεργους, από τους νέους σε ηλικιωμένους κλπ.).

3. Οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν εκείνο το ποσοστό του ΑΕΠ, που διασφαλίζει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας.

4. Η κατανομή των πόρων, στο εσωτερικό του Συστήματος, κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κλπ., πρέπει να εξασφαλίζει εκείνο το

συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα, με το μικρότερο δυνατό κόστος και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή.

5. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει κάποια σχετική ελευθερία να επιλέγει κυρίως τον οικογενειακό του ιατρό και δευτερευόντως τον ειδικό ιατρό ή το νοσοκομείο, στο οποίο θα παραπεμφθεί.

6. Οι ιατροί και οι άλλοι προμηθευτές υγείας πρέπει να έχουν σχετική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά τα ιατρικά θέματα.

1.3 Δαπάνες Υγείας και Παραγωγική Διαδικασία

Ως δαπάνες υγείας ορίζονται οι δαπάνες που πραγματοποιούνται από την κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη, πρόληψη και φροντίδα στους ασθενείς.

Πίνακας 1.2

Κατηγοριοποίηση Δαπανών Υγείας

Ιατρικές	Νοσοκομειακές	Φαρμακευτικές
<ul style="list-style-type: none">• Αμοιβές ιατρών• Αμοιβές παραϊατρικού προσωπικού	<ul style="list-style-type: none">• Δαπάνες νοσηλείας• Δαπάνες επεμβάσεων• Δαπάνες φαρμάκων• Δαπάνες εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων	<ul style="list-style-type: none">• Δαπάνες φαρμάκων• Δαπάνες προσθετικών υλικών

Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, (2001)

Στον πίνακα 1.2 απεικονίζεται ο διαχωρισμός των δαπανών υγείας σε τρεις βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι οι ιατρικές δαπάνες, οι νοσοκομειακές και οι φαρμακευτικές. Αναλυτικότερα στις ιατρικές δαπάνες περιλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, στις νοσοκομειακές τα έξοδα νοσηλείας καθώς και οι φαρμακευτικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στις φαρμακευτικές δαπάνες το κόστος των φαρμάκων και των προσθετικών υλικών.

Αναγνωρίζοντας ότι το ύψος των συνολικών (δημόσιων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας δεν είναι επαρκές προκειμένου να αξιολογηθεί ένα σύστημα υγείας αναφερόμαστε και στην παραγωγική διαδικασία η οποία συνδέεται με την

αποτελεσματικότητα και συγκεκριμένα με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, τη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και κυρίως με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 1.3
Παραγωγική Διαδικασία Συστήματος Υγείας



Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, (2001)

Η αποτελεσματικότητα των δαπανών υγείας αντικατοπτρίζεται ως μια παραγωγική διαδικασία όπου σύμφωνα με τον πίνακα 1.3, χρησιμοποιεί εισροές και παράγει μέσω των διαδικασιών εκροές με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού επιδιώκοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

1.4 Γενικά Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που παρουσίασαν σημαντικά προβλήματα, εμπόδια και ελλείψεις στις πολιτικές που ανέπτυξε για την υγεία αλλά και στις εφαρμογές τους. Τα προβλήματα αυτά έχουν δρομολογήσει κατά καιρούς διάφορες προσπάθειες

μεταρρύθμισης προκειμένου να υπάρχει βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες.

Καταλυτική στιγμή για τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ήταν η ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σύμφωνα με το Ν.1397/1983. Σκοπός της ίδρυσης του Ε.Σ.Υ. ήταν να δημιουργηθεί ένα κεντρικό σύστημα το οποίο οργανώθηκε σε κρατικό επίπεδο και εκεί ανήκε και ο έλεγχος, όπου όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως θα μπορούσαν να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό του Ε.Σ.Υ. ήταν ότι επιχειρούνταν με τη δημιουργία του, η εφαρμογή μίας ενιαίας οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας (Κακαλέτσης κ.ά., 2013).

Μία βασική παράμετρος του Ε.Σ.Υ. ήταν και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας που προσπαθούσε να διαμορφώσει. Προς αυτή την κατεύθυνση έγιναν όλες οι απαραίτητες προσπάθειες όπως η διαίρεση της χώρας σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες για την επίτευξη της αποκέντρωσης. Εντούτοις, παρά τον αρχικό σχεδιασμό που υπήρχε με την αποκέντρωση να αποτελεί βασικό πυλώνα του, αυτή δεν εφαρμόστηκε στην πράξη και ο συγκεντρωτισμός κυριάρχησε.

Και το 2001 έγινε πάλι μία νέα απόπειρα εφαρμογής της αποκέντρωσης. Στην προσπάθεια αυτή δημιουργήθηκαν και πάλι υγειονομικές περιφέρειες. Υπήρχε όμως μία διαφορά στην κατεύθυνση από την προηγούμενη προσπάθεια. Αυτή ήταν ότι δόθηκαν στα νομαρχιακά συμβούλια αρμοδιότητες γνωμοδοτικού χαρακτήρα. Αυτό έγινε προκειμένου στις αποφάσεις υγείας που θα λαμβάνονταν και θα σχετιζόνταν με τον τοπικό πληθυσμό θεωρήθηκε ότι θα πρέπει να υπάρχει και κοινοτική συμμετοχή.

Με επίκεντρο την υγειονομική περιφέρεια, στόχος ήταν να δημιουργηθούν διαφορετικές δομές (νοσοκομεία, ιατρεία και κέντρα υγείας) που θα παρείχαν υπηρεσίες υγείας. Με την πάροδο του χρόνου οι υγειονομικές υπηρεσίες που αρχικά έφταναν τις 17 μειώθηκαν φτάνοντας τον σημερινό τους αριθμό, δηλαδή τις επτά (Κακαλέτσης κ.ά., 2013).

1.5 Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη διάκριση που χαρακτηρίζει τα συστήματα υγείας, το ελληνικό κατηγοριοποιείται ως μεικτό. Η βασική αιτία για την ένταξη του στο μεικτό μοντέλο ήταν ότι η χρηματοδότηση του γίνεται μεν από το δημόσιο αλλά περιλαμβάνει και ιδιωτικούς πόρους μέσω της καταβολής πληρωμών. Την ευθύνη για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας αλλά και για όλες τις αποφάσεις που αφορούν το Ε.Σ.Υ., από την χρηματοδότηση του μέχρι και τις προσλήψεις ή τυχόν μεταρρυθμίσεις,

την έχει το Υπουργείο Υγείας το οποίο κάνει και τον κεντρικό σχεδιασμό (Οικονόμου, 2012).

Η χρηματοδότηση του συστήματος στην Ελλάδα το καθιστά εξαιρετικά περίπλοκο. Δεν έχει μία σταθερή πηγή χρηματοδότησης αλλά αντίθετα στο μεγαλύτερο βαθμό του βασίζεται σε δημόσιες παραμέτρους όπως η φορολογία των πολιτών και οι εργασιακές εισφορές τους. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα χρηματοδοτείται στο μεγαλύτερο βαθμό του από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ακολουθεί η χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία που προκύπτει από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζόμενων. Παράλληλα όμως χρηματοδοτείται και από τις ιδιωτικές δαπάνες. Με την έννοια των ιδιωτικών δαπανών νοείται η συμμετοχή που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι για να καλύψουν τη διαφορά από τη χρηματοδότηση του δημοσίου.

Στην Ελλάδα παρατηρείται το εξής παράδοξο: το σύστημα και η χρηματοδότηση που λάμβανε δεν μπορούσαν να καλύψουν το σύνολο των αναγκών που υπήρχαν και αυτό οδήγησε σε σημαντική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών καθιστώντας το συνολικό του ποσοστό το μεγαλύτερο ανάμεσα σε αυτά των χωρών της Ευρώπης. Την ίδια στιγμή όμως οι ίδιοι πολίτες που καταβάλλουν ιδιωτικές δαπάνες χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών τους.

1.6 Πλαίσιο Περίθαλψης στην Ελλάδα

Η περίθαλψη στην Ελλάδα εκδηλώνεται σε δύο μορφές και είναι οργανωμένη σε τρία επίπεδα. Η περίθαλψη παρέχεται εκτός και εντός των νοσοκομείων. Έξω από τα νοσοκομεία η περίθαλψη παρέχεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελεί και το πρώτο επίπεδο. Η περίθαλψη που παρέχεται στα νοσοκομεία από την άλλη αποτελεί το δεύτερο και το τρίτο επίπεδο (Θεοδώρου κ.ά., 2001).

➤ Πρωτοβάθμιο Επίπεδο Περίθαλψης

Ως εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή πρωτοβάθμια περίθαλψη θεωρούνται οι ιατρικές επισκέψεις, οι παρακλινικές εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες, τα φάρμακα κ.λπ. και γενικά κάθε ιατρική πράξη η οποία δεν απαιτεί την εισαγωγή του ασφαλιζόμενου σε νοσηλευτικά ιδρύματα ως εσωτερικού ασθενή (24ώρη παραμονή) και είναι ιατρικός απαραίτητη για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ασφαλιζόμενου. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελείται από το πρώτο επίπεδο όπου τις υπηρεσίες φροντίδας παρέχουν οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, τα Περιφερικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά

Περιφερειακά Ιατρεία ,τα Τοπικά Ιατρεία αλλά και οι ιδιώτες ιατροί. Στο δεύτερο επίπεδο τις υπηρεσίες παρέχουν τα Κέντρα Υγείας σύμφωνα με τον Ν. 4486/2017.

Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει τοποθετηθεί στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων στο χώρο του συστήματος υγείας καθώς έχει συσχετιστεί με τη βελτίωση της αποδοτικότητας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Από το 2017 έχει σχεδιαστεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου μέσω του γενικού ιατρού θα έχεις τη δυνατότητα να εξετάζεσαι από ειδικό ιατρό. Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, επείγουσα περίθαλψη, φροντίδα μητέρας και παιδιού και προληπτικές δραστηριότητες.

➤ Δευτεροβάθμιο Επίπεδο Περίθαλψης

Η περίθαλψη που παρέχεται σε αυτό το επίπεδο αφορά κυρίως τις υπηρεσίες που παρέχονται στα νοσοκομεία, δηλαδή σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες στην Ελλάδα παρέχονται τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό επίπεδο.

• Δημόσια Νοσοκομεία

Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ελλάδα και κατά συνέπεια και οι κλίνες που περιλαμβάνουν. Τα νοσοκομεία αυτά λόγω του δημόσιου χαρακτήρα τους οργανώνονται, διοικούνται, χρηματοδοτούνται και ελέγχονται από το κράτος (Μπέσης, 1993).

• Ιδιωτικά Νοσοκομεία-κλινικές

Αν και δεν αποτελούν την πλειοψηφία των νοσοκομείων στην Ελλάδα εντούτοις οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Αυτό οφείλεται κυρίως στις ανάγκες που προκύπτουν από την αδυναμία κάλυψης των προβλημάτων του συνολικού πληθυσμού λόγω των εμποδίων και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα δημόσια συστήματα υγείας.

• Ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα

Αν και δεν έχουν μεγάλο αριθμό κλινών, εντούτοις μπορούν να καλύψουν κάποιες ανάγκες που προκύπτουν κατά διαστήματα και γι' αυτό λαμβάνουν και την αντίστοιχη χρηματοδότηση. Βέβαια σήμερα δεν υπάρχουν πολλοί από αυτούς τους φορείς διότι το κράτος τους έχει απορροφήσει.

Συνολικά, αυτό το επίπεδο περίθαλψης παρουσιάζει σημαντικά κυρίως λειτουργικά

προβλήματα και αυτό οφείλεται στις ελλείψεις που έχει σε όλα τα επίπεδα. Το γεγονός ότι η χρηματοδότηση του είναι κεντρική συμβάλλει στη δημιουργία εμποδίων γιατί δεν γίνεται βάσει των αναγκών του αλλά βάσει γενικότερων πολιτικών. Για παράδειγμα λόγω της οικονομικής κρίσης, οι ανάγκες σε αυτό το επίπεδο αυξάνονται αλλά η χρηματοδότηση του μειώθηκε.

➤ **Η Τριτοβάθμιο Επίπεδο Περίθαλψης**

Σε αυτό το επίπεδο εντάσσονται τα γενικά νοσοκομεία καθώς και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία λόγω του γεγονότος ότι διαθέτουν πληρότητα σε πάγιο εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στη χώρα μας διαθέτουμε επτά πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία που έχουν δυναμικότητα άνω των 400 κλινών.

1.7 Μεταρρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας

Από τα τέλη του 2009 η Ελλάδα βίωσε δραματικές στιγμές λόγω της κρίσης χρέους που περιήλθε. Τα έντονα προβλήματα που αντιμετώπιζε, η μη δυνατότητα προσαρμογής λόγω των δαπανών του δημόσιου τομέα αλλά και οι υποχρεώσεις της ως μέλος της ευρωζώνης, οδήγησαν στην εφαρμογή ενός προγράμματος λιτότητας προκειμένου το χρέος της να έχει προοπτικές βιωσιμότητας. Το Ελληνικό σύστημα υγείας μέσω των μεταρρυθμίσεων υπέστη ριζικό μετασχηματισμό με σκοπό να εκσυγχρονιστεί, να αυξήσει την αποτελεσματικότητά του και να καταστεί βιώσιμο. Οι διαρθρωτικές αλλαγές είχαν ως σκοπό τη μείωση των δαπανών υγείας καθώς και τη θέσπιση ελεγκτικών μηχανισμών για την επίτευξη των καλύτερων εφικτών αποτελεσμάτων.

Το ενδεχόμενο της βιωσιμότητας του χρέους έκανε την Ελλάδα να αποδεχθεί ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με μέτρα λιτότητας, συνοδευόμενο από 110 δισεκατομμύρια ευρώ αλλά και ένα σχέδιο που η προοπτική του ήταν να εξυγιανθεί ο δημόσιος τομέας που ήταν και το μεγάλο πρόβλημα. Το πρόγραμμα εξυγίανσης περιλάμβανε σκληρά μέτρα λιτότητας που δεν επηρέαζε μόνο το δημόσιο τομέα λειτουργικά αλλά είχε σκληρές επιπτώσεις και στους πολίτες αναστέλλοντας ή μειώνοντας πολλές από τις παροχές που λάμβαναν ενώ παράλληλα έγινε αύξηση στις ασφαλιστικές τους εισφορές (Ghellab & Παπαδάκης, 2011).

1.7.1 Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής

Σύμφωνα με το Πρώτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής τον Μάιο του 2010, η Ελλάδα θα έπρεπε να μειώσει τις δαπάνες που σχετίζονται με την υγεία στο 6% του ΑΕΠ έως το 2012 και παράλληλα να συγκρατήσει τη φαρμακευτική δαπάνη κάτω από το 1% όπου και αποτελεί τον μέσο όρο των κρατών μελών της Ε.Ε.

Η Ελλάδα υλοποίησε σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας με στόχο τον περιορισμό των δαπανών μέσω εκσυγχρονισμού του συστήματος της ως ακολούθως :

- ✓ Με το Ν. 3863/2010, Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, καθώς και ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις πραγματοποιήθηκε ο διαχωρισμός των κεφαλαίων υγείας από τη διαχείριση του τομέα των συντάξεων, με σκοπό το κατακερματισμένο σύστημα να λειτουργήσει με το καλύτερο δυνατό τρόπο, συγκεντρώνοντας όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας.
- ✓ Με το Ν.3868/2010 περί αναβάθμισης του Ε.Σ.Υ. καθώς και την απαγόρευση του καπνίσματος και άλλων διατάξεων για την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας, δημιουργήθηκε η ολοήμερη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων όπου οι ιατροί εξετάζουν και αμείβονται κατά πράξη και το νοσοκομείο έχει ποσοστά επί των εισπράξεων. Επιπλέον υπάρχει η δυνατότητα πραγματοποίησης και ιατρικών επεμβάσεων.
- ✓ Με το Ν.3892/2010, καθιερώθηκε αποκλειστικά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέτρο που αποσκοπούσε σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης καθώς πλέον θα υπήρχε ο ηλεκτρονικός έλεγχος. Το μέτρο ίσχυε καθολικά για όλους και δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.
- ✓ Με το Ν.3918/2011 πραγματοποιήθηκε η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση με την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Δημιουργήθηκε από τη συνένωση των επτά μεγαλύτερων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, Οίκος Ναύτου) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι παροχές που προσφέρει το νέο ασφαλιστικό ταμείο είναι σε είδος και σε χρήμα και λειτουργεί παράλληλα ως πάροχος αλλά και ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας.

1.7.2 Δεύτερο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής

Το Φεβρουάριο του 2012, υπογράφηκε με την τρόικα το Δεύτερο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής και ψηφίστηκε ο Ν.4238/2014 ο οποίος κατέστησε τον

ΕΟΠΥΥ μόνο αγοραστή υπηρεσιών υγείας τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ο σκοπός αυτής της αλλαγής ήταν να διαχωρίσουν οι δαπάνες και να συγκεντρωθούν σε ένα πάροχο με σκοπό να υπάρχει η δυνατότητα καλύτερου ελέγχου των δαπανών. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτελεί και η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που διοικείται από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ.) της χώρας.

Αξιοσημείωτη αλλαγή στο ΕΣΥ έγινε τον Αύγουστο του 2013 όπου σύμφωνα με την Κ.Υ.Α με αριθμ. Υ4α/οικ.123895 (ΦΕΚ 3515/τ.Β'/31.12.2012) συνενώθηκαν νοσοκομεία με την τοποθέτηση κοινής διοίκησης με σκοπό την κοινή λειτουργία, χωρίς να δημιουργηθεί αλλαγή στο νομικό καθεστώς τους. Η αλλαγή αυτή αποσκοπούσε σε περιορισμό των δαπανών για εξοικονόμηση πόρων.

Αξιοσημείωτες μεταρρυθμίσεις από τα δύο πρώτα Προγράμματα Δημοσιονομικής Προσαρμογής είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α με αριθμ. Υ4α/οικ. 85649 (ΦΕΚ 1702/τ.Β'/1-8-2011) καθορίστηκαν οι αποζημιώσεις για τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και το Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ με τη θεσμοθέτηση των KEN- DRGs.¹
- ✓ Με το Ν.3918/2011 δημιουργήθηκε η ανάπτυξη του συστήματος προμηθειών υγείας και επιπρόσθετα με το Ν.4052/2011 ρυθμίστηκαν θέματα της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) με σκοπό την απλούστευση των διαδικασιών σχετικά με τις προμήθειες. Αναλυτικότερα, ανατέθηκε στην ΕΠΥ η διαχείριση των κεντρικών προμηθειών και περιφερειακά στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές με σκοπό την εξοικονόμηση από τις δαπάνες κυρίως για τη φαρμακευτική περίθαλψη που κατέβαλε ο ΕΟΠΥΥ.
- ✓ Υλοποιείται η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ μέσω των εφαρμογών e-Dary και e-Prescription² και πλέον όλες οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες παρέχονται στους χρήστες αποκλειστικά μέσω πληροφοριακών εφαρμογών.

¹ «Τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN – DRGs) αφορούν αποζημιώσεις ανά θεραπευτική κατηγορία παθήσεων όπου η τιμολόγηση βασίζεται σε έναν κωδικό σύμφωνα με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία.» <http://www.imop.gr>

² «Μέσω των εφαρμογών e-Dary και e-Prescription παρακολουθείται βήμα προς βήμα όλη η πορεία από την συνταγογράφηση και δημιουργία του παραπεμπτικού για μια διαγνωστική εξέταση ή για μια θεραπεία μέχρι την στιγμή που υποβάλλεται το παραστατικό ή το τιμολόγιο στον ΕΟΠΥΥ για να πληρωθεί αυτή η πράξη.» <https://www.moh.gov.gr>

- ✓ Θεσμοθετείται το clawback³ όπου οι πάροχοι υγείας υποχρεώνονται να επιστρέφουν στον ΕΟΠΥΥ το χρηματικό που προκύπτει βάσει του τζίρου τους και μετά την αφαίρεση του παρακρατηθέντος ποσού που έχει προκύψει από την εφαρμογή του rebate⁴ το οποίο αποτελεί έκπτωση επί του τιμολογίου. Η εφαρμογή του clawback αποδίδει στον ΕΟΠΥΥ αξιόλογο ποσό καθώς συμπεριλαμβάνει και τις φαρμακοβιομηχανίες.
- ✓ Η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων⁵ σε αντίθεση με τη χρήση πρωτοτύπων αποτελεί προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας προς εξοικονόμηση πόρων.
- ✓ Η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω των διαρθρωτικών της Ταμείων χρηματοδοτεί το πρόγραμμα Health voucher⁶ το οποίο προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ασφαλισμένους που το φορολογικό τους εισόδημα είναι κάτω των 15.000 ευρώ. Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. με αριθμ. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/2014 (ΦΕΚ 1465/τ.Β/5-6-2014), ορίστηκε ο καθορισμός και οι προϋποθέσεις για την πρόσβαση στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών. Επιπρόσθετα με την Κ.Υ.Α. με αριθμ. Γ.Π./οικ.56432/2014 (ΦΕΚ/τ.Β'/28-06-2014) καθορίστηκαν οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια καθώς και οι διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων

³ «Clawback σημαίνει την επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο όπου το χρηματικό ποσό της επιστροφής προς το δημόσιο, είναι ίσο με την ετήσια υπέρβαση του προκαταβολικά συμπεφωνημένου ορίου της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης.»(Μπουτσικάρης & Υφαντίδου, 2018)

⁴ «Rebate ονομάζεται η κάθε θεσμοθετημένη και ακούσια έκπτωση που υποχρεώνονται να δώσουν οι ιδιώτες πάροχοι. «(Μπουτσικάρης & Υφαντίδου, 2018)

⁵ «Τα γενόσημα είναι φάρμακα παρόμοια με τα πρωτότυπα, περιέχοντας την ίδια δραστική ουσία, γεγονός που συνεπάγεται και παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα γενόσημα φάρμακα κυκλοφορούν νόμιμα μετά τη λήξη της εικοσαετούς προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (πατέντας) του πρωτοτύπου φαρμάκου αναφοράς. Χρησιμοποιούνται ευρέως από τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, ως αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις έναντι των ακριβότερων πρωτότυπων φαρμάκων.» <https://www.pef.gr/farmaka/genosima>

⁶ «Το Πρόγραμμα "Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Health Voucher) μεριμνά ώστε πολίτες που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα (και ήταν είτε άμεσα είτε έμμεσα ασφαλισμένοι) και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, να αποκτήσουν δυνατότητα-δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (επισκέψεις σε ιατρό και εργαστηριακούς ελέγχους) καθώς και σε έλεγχο-παρακολούθηση κήσης. Είναι το πρώτο από μια σειρά προγραμμάτων που θα υλοποιήσει το Υπουργείο Υγείας για την κάλυψη αναγκών ευπαθών ομάδων.» <https://www.esfhellas.gr>

και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.

1.7.3 Τρίτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής

Τον Αύγουστο του 2015 υπογράφηκε το Τρίτο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής όπου εστίασε στον εξορθολογισμό των δαπανών που σχετίζονταν με την υγειονομική και τη φαρμακευτική δαπάνη. Αναλυτικότερα παρατίθενται οι κυριότερες δράσεις του :

- ✓ Με τον Ν. 4412/2016, πραγματοποιήθηκε μια από τις μεγαλύτερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα των Δημόσιων Προμηθειών προς συμμόρφωση της χώρας μας στις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής πλατφόρμας «ΕΣΗΔΗΣ»⁷ και «ΚΗΜΔΗΣ»⁸ οι δημόσιες συμβάσεις προμηθειών υλοποιούνται με απόλυτη διαφάνεια προς κάθε ενδιαφερόμενο. Ο νόμος επέφερε θεσμικές αλλαγές προκειμένου οι προμήθειες να πραγματοποιούνται μέσω διαγωνιστικών διαδικασιών και όχι με τη συνήθη διαδικασία των απευθείας αναθέσεων. Στόχος της αναθεώρησης του νομοθετικού πλαισίου αποτελεί ο εξορθολογισμός και η βελτίωση της διαδικασίας ανάθεσης προμήθειας, η εξασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος , η ενίσχυση του ανταγωνισμού και η καταπολέμηση της διαφθοράς.
- ✓ Με τον Ν.4472/201, ιδρύεται η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ), με σκοπό τη δημιουργία ενός ευέλικτου και αποκεντρωμένου συστήματος προμηθειών μετά την συγχώνευση με την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας (ΕΚΑΠΤΥ Α.Ε.).
- ✓ Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί έναν από τους βασικότερους στόχους της κυβέρνησης και των θεσμών καθώς θα συρρικνώσει τις δημόσιες δαπάνες λόγω του υψηλού κόστους των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ορίζεται ως στόχος η αύξηση

⁷ «Το Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων «ΕΣΗΔΗΣ» είναι ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, το οποίο αποτελεί τον κεντρικό ηλεκτρονικό κόμβο για τις δημόσιες συμβάσεις εκτέλεσης έργων, προμήθειας προϊόντων και παροχής υπηρεσιών προϋπολογισμού άνω των 60.000€, μη συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ.» www.promitheus.gov.gr

⁸ « Το Κεντρικό Ηλεκτρονικό Μητρώο Δημοσίων Συμβάσεων «ΚΗΜΔΗΣ» του άρθρου 11 του ν. 4013/2011 (Α' 204) αποτελεί μέρος του ΕΣΗΔΗΣ και έχει ως σκοπό τη συλλογή, την επεξεργασία και τη δημοσιοποίηση στοιχείων αναφορικά με τις συμβάσεις των Βιβλίων Ι και ΙΙ οι οποίες συνάπτονται γραπτώς, προφορικά ή με ηλεκτρονικά μέσα από αναθέτουσες αρχές, αναθέτοντες φορείς και κεντρικές αρχές αγορών, εκτιμώμενης αξίας ίσης ή ανώτερης του ποσού των χιλίων (1.000) ευρώ και ανεξαρτήτως διαδικασίας ανάθεσης.» www.promitheus.gov.gr

του ποσοστό σε 40% της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων έως τον Δεκέμβριο του 2017 και αντίστοιχα στο 60% έως το Δεκέμβριο του 2018.

- ✓ Για τον περιορισμό της «προκλητής ζήτησης»⁹ θεσπίστηκε πλαφόν στον αριθμό των επισκέψεων που μπορεί να αποζημιωθεί ο ιατρός που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης πλαφόν τέθηκε και στις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και στη συνολική αξία των φαρμάκων που έχει δικαίωμα να συνταγογραφεί ο ιατρός ανά μήνα λαμβάνοντας υπόψη την έδρα του καθώς υπολογίζονται πλέον και πληθυσμιακά κριτήρια.
- ✓ Με την υπ' αριθμ. Κ.Υ.Α. αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754/1.4.2015 πλέον οι νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δεν λαμβάνουν το εξέταστρο των πέντε (5) ευρώ που υπήρχε ως συμμετοχή των ασθενών.
- ✓ Με τον Ν.4368/2016, επιτυγχάνεται η καθολική ασφαλιστική κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. Στοιχειώδης στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης προς όλους τους πολίτες. Να αναφέρουμε ότι η οικονομική κρίση είχε προκαλέσει ραγδαία αύξηση στους ανασφάλιστους καθώς υπήρχε αδυναμία πληρωμής των ασφαλιστικών τους εισφορών αλλά και λόγω της αύξησης της ανεργίας.
- ✓ Με τον Ν.4486/2017, αλλάζει ριζικά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πλέον παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία καθώς και τα Τοπικά Ιατρεία. Με τη δημιουργία των ΤΟΜΥ ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Συγκεκριμένα παρέχουν υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού ενδυναμώνοντας την Π.Φ.Υ. με απώτερο στόχο την αποσυμφόρηση των Δημόσιων Νοσοκομείων από περιστατικά που τυγχάνουν πρωτοβάθμια περίθαλψη.

1.8 Ανακεφαλαίωση

Η Ελλάδα όπως γνωρίζουμε κατά το έτος 2010 αναγκάστηκε να υπογράψει Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) την

⁹ «Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες. Ο πιο σημαντικός από τους παράγοντες αυτούς είναι ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του.» <https://www.iatronet.gr/>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) προκειμένου να δανειοδοτηθεί ως απόρροια της σοβαρής οικονομικής κρίσης που υπέστη το έτος 2009. Το πρόγραμμα χρηματοδότησης ή διάσωσης επέβαλε στη χώρα μας να υλοποιήσει μια σειρά από δυσμενή δημοσιονομικά μέτρα.

Στόχος των μέτρων ήταν η μείωση των δημοσίων δαπανών μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων κυρίως στον δημόσιο τομέα. Ο κλάδος της δημόσιας υγείας όπως γνωρίζουμε με τις παθολογικές δεκαετιών που το χαρακτήριζε, βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού. Οι μειώσεις των δαπανών για την υγεία ήταν καθολικές και άμεσες, με αρνητικές επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην υγεία των πολιτών, αλλά παράλληλα η κρίση ήταν η αρχή για τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις που χρειαζόταν ο χώρος της υγείας

Οι δραστηριότητες του συστήματος υγείας στοχεύουν στη βελτίωση και στη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας χωρίς διακρίσεις και εξαιρέσεις. Το σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία όπου έχει ως προτεραιότητα την αποτελεσματικότητα του συστήματος κυρίως προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα μετρώνται με ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.

Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. αποτέλεσε την αρχή για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας. Μέσω της εξέλιξης της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας επιχειρείται η βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Οι μεταρρυθμίσεις που υπέστη το σύστημα υγείας ήταν ριζικές και αποτέλεσαν το εφαλτήριο της συρρίκνωσης των δαπανών τους. Κυρίως, τα 138 νοσοκομεία τα οποία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της ιατρικής φροντίδας και της περίθαλψης στην Ελλάδα υπέστησαν σημαντική μείωση στους προϋπολογισμούς τους.

Σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσω των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής αποτελούν η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Π.Υ ως αγοραστή υγείας, η υποχρεωτική εξολοκλήρου ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέσω του πληροφοριακού συστήματος του Ε.Ο.Π.Π.Υ., η θεσμοθέτηση του clawback και του rebate επί της φαρμακευτικής δαπάνης που αποδίδει σημαντικές μειώσεις στο κόστος της και ο Ν.4412/2016 που άλλαξε το νομοθετικό πλαίσιο των δημόσιων προμηθειών με στόχο τη διαφάνεια.

Κεφάλαιο 2^ο

Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Χώρο της Υγείας

2.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ρευστότητας που προκαλεί, των επακόλουθων επιπτώσεων που προκύπτουν καθώς και των προβλημάτων που δημιουργούνται. Η έλλειψη ρευστότητας δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στην εκπλήρωση των οικονομικών υποχρεώσεων που πρέπει να καλυφθούν και όχι μόνο. Αυτό έχει ως συνέπεια να προκαλούνται δυσμενείς καταστάσεις όπως είναι η αύξηση της ανεργίας τα προβλήματα στις επιχειρήσεις λόγω της έλλειψης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών. Αυτά τα κοινωνικά και οικονομικά φαινόμενα δημιουργούν με την σειρά τους σημαντικές επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Καταλυτικός παράγοντας για τη δημιουργία της ελληνικής κρίσης ήταν τα χρέη που συσσωρεύονταν συνεχώς και δεν αντιμετωπίζονταν. Αντίθετα, αυξάνονταν με ταχείς ρυθμούς λόγω της μεγάλης διαφθοράς που επικρατούσε στη δημόσια διοίκηση αλλά και στην πολιτική σκηνή της χώρας. Η οικονομική κρίση επηρέασε και τους κοινωνικοοικονομικούς και τους δημογραφικούς παράγοντες με δυσμενείς επιπτώσεις κυρίως στην ανεργία και στη αύξηση της φτώχειας.

Σύμφωνα με τα δημοσιονομικά προγράμματα κατά την περίοδο της κρίσης οι προσλήψεις στα Νοσοκομεία ήταν ελάχιστες με αποτέλεσμα να συνεχίζει να υφίσταται και να διογκώνεται η έλλειψη προσωπικού και ειδικά σήμερα εν μέσω της πανδημίας να υπάρχει ορατός κίνδυνος αδυναμίας του ελληνικού συστήματος υγείας να αντιμετωπίσει την υφιστάμενη κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι νοσοκομειακές δαπάνες αντιπροσωπεύουν περίπου το 40% των συνολικών δαπανών δημόσιας υγείας της Ελλάδας ενώ η παραγωγικότητά τους είναι ένα θέμα που ενδιαφέρει ιδιαίτερα τους διαχειριστές της υγειονομικής περιθαλψης (Mitropoulos, *et. al.*, 2018).

Το παρόν κεφάλαιο έχει στόχο να παρουσιάσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας. Παρουσιάζονται οι αιτίες της κρίσης, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις που προκαλεί στους κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες, εν συνεχεία αναφερόμαστε στις επιπτώσεις στην υποστελέχωση του προσωπικού του υγειονομικού τομέα. Παραθέτονται, στοιχεία για δαπάνες υγείας πριν

και μετά την κρίση ανά κάτοικο σε σύγκριση με την Ε.Ε. και με χώρες της Νότιας Ευρώπης.

2.2 Αίτια της Ελληνικής Κρίσης Χρέους

Η οικονομία δεν είναι ένα μονοδιάστατο φαινόμενο. Αντίθετα χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μίας σειράς κύκλων και κυμάτων που δημιουργούν διαφορετικές διακυμάνσεις (Adrian & Shin, 2007). Η ελληνική κρίση δεν εμφανίστηκε απότομα αλλά προϋπήρχαν κλιμακωτές φάσεις της. Στην πραγματικότητα η έναρξη της τοποθετείται το 2001 και την περίοδο που ακολούθησε μέχρι και το 2009. Η περίοδος αυτή θεωρείται καταλυτικής σημασίας διότι σε αυτή οι ελληνικοί μακροοικονομικοί δείκτες άρχισαν να επιδεινώνονται σε σταθερή βάση.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι δείκτες αυτοί να φτάσουν σε ένα επίπεδο που δεν ήταν συμβατό με των υπόλοιπων χωρών στην Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση (ONE) και δημιουργούσε σημαντικά ζητήματα για την συμμετοχή της χώρας. Η κατάσταση των δεικτών όμως δημιούργησε και ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα και αυτό ήταν ότι προβλημάτισε τη διεθνή αγορά για την ελληνική οικονομία και τις προοπτικές της (Αργυρού & Τσουκαλάς, 2011).

Το πρόβλημα όμως που παρουσιάστηκε στην ελληνική οικονομία προβλημάτισε την Ευρώπη και για έναν ακόμη λόγο. Από την στιγμή που έγινε διακριτή και κατανοητή η οικονομική κρίση της Ελλάδος υπήρχε ευρεία ανησυχία για το ενδεχόμενο να μεταδοθεί και σε άλλες χώρες της ONE, δεδομένων των αντίστοιχων κρίσεων που αντιμετώπιζαν η Πορτογαλία και η Ιρλανδία. Ο φόβος αυτός ήταν πιο έντονος για χώρες όπως η Ισπανία και η Ιταλία που ήταν περιφερειακές. Και όντως, τελικά η ελληνική οικονομική κρίση συνδυαστικά με τις άλλες ευρωπαϊκές κρίσεις άσκησε αρνητική επιρροή στο σύνολο των χωρών της Ευρωζώνης.

Η εξέλιξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα πολύ γρήγορα μετασηματίστηκε λόγω των επιρροών που δημιούργησε, σε κρίση του ευρώ. Η βασική ευθύνη για τη δημιουργία της κρίσης αποδίδεται στη δημόσια διοίκηση και στις ελληνικές αρχές. Αυτές θεωρήθηκαν ως υπεύθυνες λόγω μίας σειράς φαινομένων. Πρώτα απ' όλα δεν παρουσιάστηκαν τα δημοσιονομικά προβλήματα όπως πραγματικά ήταν αλλά ωραιοποιήθηκε η κατάσταση.

Επιπλέον, το χρέος δημιουργήθηκε από την κακοδιαχείριση και την κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος ενώ δεν περιορίστηκαν φαινόμενα που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την ελληνική οικονομία όπως η έντονη φοροδιαφυγή (Grauwe & Moesen,

2009). Ευθύνη όμως θα πρέπει να αποδοθεί και στην ίδια την ευρωζώνη καθώς και στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Το βασικό τους μέλημα είναι ότι δεν κατέβαλλαν κάθε απαιτούμενη προσπάθεια προκειμένου να μην επεκταθεί η κρίση σε όλη την Ευρώπη.

Καταλυτικός παράγοντας για τη δημιουργία της ελληνικής κρίσης ήταν ότι για πολλά χρόνια υπήρχαν χρέη που συσσωρεύονταν συνεχώς και δεν αντιμετωπιζόνταν. Αντίθετα, αυξάνονταν με ταχείς ρυθμούς λόγω της μεγάλης διαφθοράς που επικρατούσε στη δημόσια διοίκηση αλλά και στην πολιτική σκηνή της χώρας (Παπαδάκης, 2010). Το υψηλό επίπεδο διαφθοράς ανέδειξε και τον ρόλο του πολιτικού συστήματος στην ανάπτυξη της κρίσης.

Η δημόσια διοίκηση αποτέλεσε για πολλά χρόνια ένα πεδίο δράσης του ελληνικού πολιτικού συστήματος επιτρέποντας την ανάπτυξη αρνητικών φαινομένων. Οι πολιτικοί προκειμένου να αποφύγουν να έρθουν σε απευθείας σύγκρουση με τους πολίτες ανέχονταν τη φοροδιαφυγή ενώ παράλληλα χρησιμοποιούσαν τις θέσεις του δημοσίου για ρουσφετολογικούς σκοπούς. Στο ίδιο πλαίσιο οι επιδοτήσεις του δημοσίου δίνονταν με ψηφοθηρικά κριτήρια με αποτέλεσμα να δαπανάται δημόσιο χρήμα χωρίς ουσιαστική ανάπτυξη (Grawe, 2012).

Αναφορικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας στην ευρωζώνη αυτή έγινε λόγω των χαρακτηριστικών που επικρατούσαν στη δεύτερη. Το νόμισμα και το επιτόκιο της ευρωζώνης δημιουργήθηκαν με προδιαγραφές που ήταν κατάλληλες για όλες τις χώρες. Ένας βασικός κανόνας ήταν η χορήγηση δανείων με χαμηλό επιτόκιο στις χώρες της ευρωζώνης θεωρώντας δεδομένο ότι αυτές που το λάμβαναν θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους. Υπό αυτή την οπτική θεωρούνταν ότι δεν υπήρχε ενδεχόμενο χρεωκοπίας. Το ίδιο ίσχυε για την Ελλάδα και αυτό ήταν θετικό αφού ενώ ήδη είχε ένα χρέος αρκετά υψηλό μπορούσε να δανείζεται χρήματα με χαμηλό επιτόκιο όπως έκαναν και ο άλλες χώρες που δεν βρίσκονταν σε αυτή την κατάσταση.

Το 2008 όμως διαφάνηκε ότι η Ελλάδα δεν μπορούσε να προσαρμόσει την οικονομία της προκειμένου να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της. Το χρέος της έφτασε σε τέτοιο ύψος που η χρηματοπιστωτική κρίση που ξέσπασε την κατέστησε αυτόματα το πρώτο θύμα της. Λόγω του ότι αυτό το ενδεχόμενο δεν είχε ληφθεί υπόψη, τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και οι διεθνείς οίκοι αξιολόγησης παγκοσμίως δεν κατάφεραν να αντιδράσουν με τον τρόπο που έπρεπε επιδεινώνοντας ακόμα περισσότερο την οικονομική κρίση αλλά και την κατάσταση της ελληνικής οικονομίας.

Το 2010 το ελληνικό δημόσιο χρέος έφτασε τα 320 δισεκατομμύρια ευρώ. Αυτό όχι

μόνο ήταν ισόποσο με το ΑΕΠ της Ελλάδας αλλά το ξεπερνούσε κιόλας κατά 44%. Μέσα σε εννιά χρόνια δηλαδή, από το 2001, το δημόσιο χρέος της Ελλάδας κατάφερε να φτάσει από το 106,6% του ΑΕΠ στο 144%. Η μεγάλη αυτή αύξηση οφείλονταν στην παραβίαση ενός βασικού οικονομικού κανόνα, δηλαδή ότι η Ελλάδα ξόδευε περισσότερα απ' ό τι εισέπραττε.

Αυτό αυτομάτως οδήγησε στην λογική ότι η λύση για να αντιμετωπιστεί η κρίση ήταν να μειωθούν τα έξοδα για να μην ξεπεράσουν τα έσοδα. Αυτός όμως ο απλός κανόνας δεν μπορούσε να εφαρμοστεί εύκολα στην περίπτωση της Ελλάδος γιατί το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων αφορούσε κυβερνητικές δαπάνες. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο δημόσιος τομέας είναι αυτός που καταναλώνει και το μεγαλύτερο μέρος του ΑΕΠ της Ελλάδας φτάνοντας το ποσοστό του 40%. Οι δαπάνες αυτές όμως δεν μπορούσαν εύκολα να προσαρμοστούν γιατί απαιτούσαν παράλληλα και αλλαγές πολιτικές (Παπαδάκης, 2012).

2.3 Επιπτώσεις στους Κοινωνικοοικονομικούς και Δημογραφικούς Παράγοντες

Ένα σημαντικό κοινωνικό φαινόμενο που προέκυψε από την οικονομική κρίση ήταν η τεράστια αύξηση της ανεργίας. Μόλις σε πέντε μήνες το ποσοστό της ανεργίας αυξήθηκε δύο ποσοστιαίες μονάδες κάτι που εκφράστηκε σε άνεργους που πλησίασαν σχεδόν τους 800.000. Την ίδια στιγμή σημαντική μείωση παρατηρήθηκε και στον αριθμό των απασχολούμενων (Ghellab & Παπαδάκης, 2011). Απόρροια της οικονομικής κρίσης ήταν τα έξι από τα δέκα νοικοκυριά στην Ελλάδα να βιώνουν έντονα τις συνέπειες της αντιμετωπίζοντας οικονομικά προβλήματα και να μην έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν ακόμα και τη διαβίωση τους ενώ πολλές επιχειρήσεις ή καταστήματα οδηγήθηκαν σε κλείσιμο γιατί δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Η κατάσταση της υγείας των πολιτών δείχνει να μην έχει επηρεαστεί από την κρίση καθώς το προσδόκιμο ζωής ανέρχεται στα 81,4 έτη σε σχέση με το 80,9 που αποτελεί τον μέσο της Ε.Ε. Αντίστοιχα το 2000 ήταν για την Ελλάδα τα 78,6 έτη και για την Ε.Ε. τα 77,3 έτη. Έχει διαπιστωθεί ότι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης επηρεάστηκε η ψυχική υγεία των πολιτών καθώς σύμφωνα με στοιχεία της Αστυνομίας ο δείκτης αυτοκτονιών παρουσίασε αύξηση από το 2009 μέχρι το 2016 της τάξεως του 37,5% και έχει καταγραφεί ότι οι περισσότερες αυτοχειρίες ήταν για οικονομικούς λόγους, κυρίως από άνδρες ηλικίας από 35 έως 55 ετών. Σε πολλές μελέτες καταγράφηκε

επιπολασμός¹⁰ των συμπτωμάτων σοβαρής κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό, από 3,3% το 2008 σε 12,3% το 2013 (Economou *et. al.*, 2016).

Πίνακας 2.1
Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ΙΑΔ σε ευρώ)	20.200	30.000
Ποσοστό σχετικής φτώχειας (%)	20,2	16,9
Ποσοστό ανεργίας (%)	21,5	7,6

Πηγή: <http://www.oecd.org/publications/2019-9552c910-el.htm>

Αποτυπώνεται στον παραπάνω πίνακα 2.1 ό,τι το ποσοστό της σχετικής φτώχειας¹¹ σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat έτους 2017 ανερχόταν σε 20,2 % υψηλότερο από το 16,9 % της Ε.Ε. και αναμένεται να αυξηθεί σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα της οικονομίας μας. Η κατά κεφαλήν δαπάνη ΑΕΠ σε ΙΑΔ¹² (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης) ήταν για την Ελλάδα 20.200 ευρώ σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ανερχόταν σε 30.000 ευρώ.

Σχετικά με το ποσοστό της ανεργίας σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat έτους 2017 ανερχόταν σε 21,5 % πολύ υψηλότερο από το 7,6% της Ε.Ε. και αναμένεται να αυξηθεί το επόμενο διάστημα σύμφωνα με την τρέχουσα οικονομική κατάσταση της χώρας μας λόγω της πανδημίας. Το εισόδημα των Ελλήνων πολιτών μειώθηκε δραματικά γιατί σταμάτησαν ή μειώθηκαν οι πηγές προέλευσης των εισοδημάτων τους. Η απώλεια του εισοδήματος από την ανεργία, η μείωση των συντάξεων, η κατάργηση των μισθών των Χριστουγέννων και των αδειών μείωσαν ή ακόμα και εξαφάνισαν

¹⁰ «Στην [επιδημιολογία](https://el.wikipedia.org/), ο επιπολασμός είναι η αναλογία ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που διαπιστώνεται ότι επηρεάζεται από μια ιατρική κατάσταση». <https://el.wikipedia.org/>

¹¹ «Ποσοστό ατόμων που ζουν με λιγότερο από το 60% του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος», Προφίλ Υγείας 2019.

¹² «Η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (ΙΑΔ) ορίζεται ως η νομισματική ισοτιμία που εξισώνει την αγοραστική δύναμη διαφορετικών νομισμάτων εξαλείφοντας τις διαφορές στα επίπεδα τιμών μεταξύ χωρών», Προφίλ Υγείας 2019.

δραματικά την πιστωτική ικανότητα των Ελλήνων που δεν ανήκαν στις εύπορες οικονομικά τάξεις. Την ίδια στιγμή, οι ίδιοι Έλληνες που το εισόδημα τους μειώθηκε κλήθηκαν να καλύψουν την ύφεση με την αύξηση των φόρων μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολόγησης.

Πίνακας 2.2
Δημογραφικοί Παράγοντες

Δημογραφικοί Παράγοντες	Ελλάδα	ΕΕ
Μέγεθος πληθυσμού (εκτιμήσεις στα μέσα του έτους)	10.755.000	511.876.000
Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (%)	21,5	19,4
Δείκτης γονιμότητας	1,4	1,6

Πηγή: <http://www.oecd.org/publications/2019-9552c910-el.htm>

Σχετικά με τους δημογραφικούς παράγοντες που αποτυπώνονται στον πίνακα 2.2 το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών ανέρχεται στο 21,5% για τη χώρα μας ενώ στην ΕΕ είναι σε ποσοστό 19,4% , ο δείκτης γονιμότητας¹³ στην Ελλάδα είναι 1,4% και στην ΕΕ στο 1,6%.

2.4 Επιπτώσεις στην Υποστελέχωση του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα

Μέχρι σήμερα, το ανθρώπινο δυναμικό και τα νοσοκομεία συγκεντρώνονται σε δυσανάλογο βαθμό στις αστικές περιοχές. Η χώρα μας και λόγω της γεωγραφικής της κατανομής παρουσιάζει ανισορροπία στην κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Δυστυχώς η Ελλάδα δεν διαθέτει μηχανισμούς που να επιτρέπουν τον επαρκή σχεδιασμό και τη βέλτιστη κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων. Το 2017 υπήρχαν 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ των 5,0 νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους (OECD, 2019).

¹³ «Αριθμός τέκνων ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών ,Βάση δεδομένων της Eurostat » , Προφίλ Υγείας 2019.

Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ. Επιπλέον, η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1 στους 16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1 στους 4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ (OECD, 2019).

Πίνακας 2.3

Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, έτη 2008 και 2018

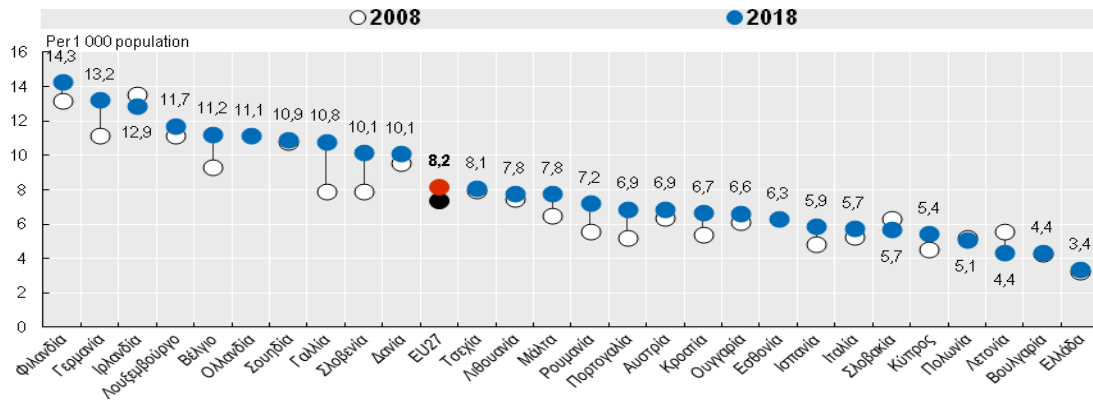
ΧΩΡΑ	2008	2018	ΧΩΡΑ	2008	2018
Φιλανδία	13,14	14,26	Ρουμανία	5,57	7,21
Γερμανία	11,13	13,22	Πορτογαλία*	5,18	6,88
Ιρλανδία*	13,55	12,88	Αυστρία**	6,36	6,87
Λουξεμβούργο	11,12	11,72	Κροατία	5,37	6,66
Βέλγιο	9,32	11,22	Ουγγαρία	6,15	6,62
Ολλανδία		11,13	Εσθονία		6,29
Σουηδία	10,76	10,88	Ισπανία	4,82	5,87
Γαλλία*	7,91	10,79	Ιταλία	5,26	5,74
Σλοβενία	7,88	10,14	Σλοβακία	6,28	5,70
Δανία	9,55	10,10	Κύπρος	4,54	5,42
ΕU27	7,36	8,16	Πολωνία	5,19	5,10
Τσεχία	7,97	8,07	Λετονία	5,55	4,35
Λιθουανία	7,47	7,78	Βουλγαρία	4,31	4,35
Μάλτα	6,47	7,78	Ελλάδα**	3,27	3,37

Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Σημείωση:

«* Η Πορτογαλία, η Ιρλανδία και η Γαλλία περιλαμβάνουν όχι μόνο νοσηλευτές που παρέχουν άμεση φροντίδα στους ασθενείς, αλλά και εκείνους που εργάζονται στον τομέα της υγείας ως διευθυντές, εκπαιδευτικούς, ερευνητές, κλπ.

** Η Αυστρία και η Ελλάδα αναφέρουν μόνο νοσηλευτές που απασχολούνται στο νοσοκομείο.»



Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Διάγραμμα 2.1

Διαγραμματική Απεικόνιση του Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους, έτη 2008 και 2018

Σύμφωνα με τον πίνακα 2.3 και το διάγραμμα 2.1 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα διατηρεί την τελευταία θέση στην Ε.Ε. σχετικά με την αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκων και κατά το έτος 2008 και κατά το έτος 2018 σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, διατηρώντας περίπου τα ίδια ποσοστά.

Πίνακας 2.4

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ, ΕΤΗ 2008 ΚΑΙ 2018

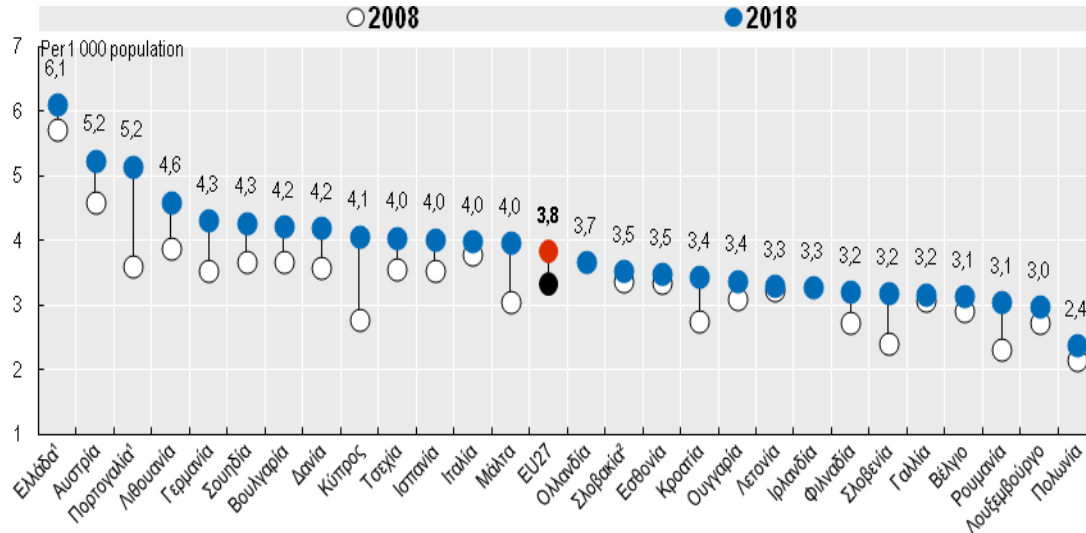
ΧΩΡΑ	2008	2018	ΧΩΡΑ	2008	2018
Ελλάδα*	5,71	6,10	Ολλανδία		3,67
Αυστρία	4,60	5,24	Σλοβακία**	3,37	3,52
Πορτογαλία*	3,61	5,15	Εσθονία	3,34	3,48
Λιθουανία	3,88	4,60	Κροατία	2,74	3,44
Γερμανία	3,54	4,31	Ουγγαρία	3,09	3,38
Σουηδία	3,68	4,27	Λετονία	3,23	3,30
Βουλγαρία	3,66	4,22	Ιρλανδία		3,28
Δανία	3,58	4,19	Φιλανδία	2,72	3,21
Κύπρος	2,78	4,07	Σλοβενία	2,40	3,18
Τσεχία	3,56	4,04	Γαλλία	3,07	3,17
Ισπανία	3,54	4,02	Βέλγιο	2,92	3,13
Ιταλία	3,79	3,98	Ρουμανία	2,32	3,05
Μάλτα	3,05	3,97	Λουξεμβούργο	2,72	2,98
EU27	3,32	3,83	Πολωνία	2,16	2,38

Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Σημείωση:

«*Τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους γιατρούς που έχουν λάβει άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα μια μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των ασκούμενων ιατρών (π.χ. περίπου 30% στην Πορτογαλία).

** Τα δεδομένα περιλαμβάνουν όχι μόνο γιατρούς που παρέχουν άμεση περίθαλψη στους ασθενείς, αλλά και εκείνους που εργάζονται στον τομέα της υγείας ως διευθυντές, εκπαιδευτικούς, ερευνητές, κ.λπ.»

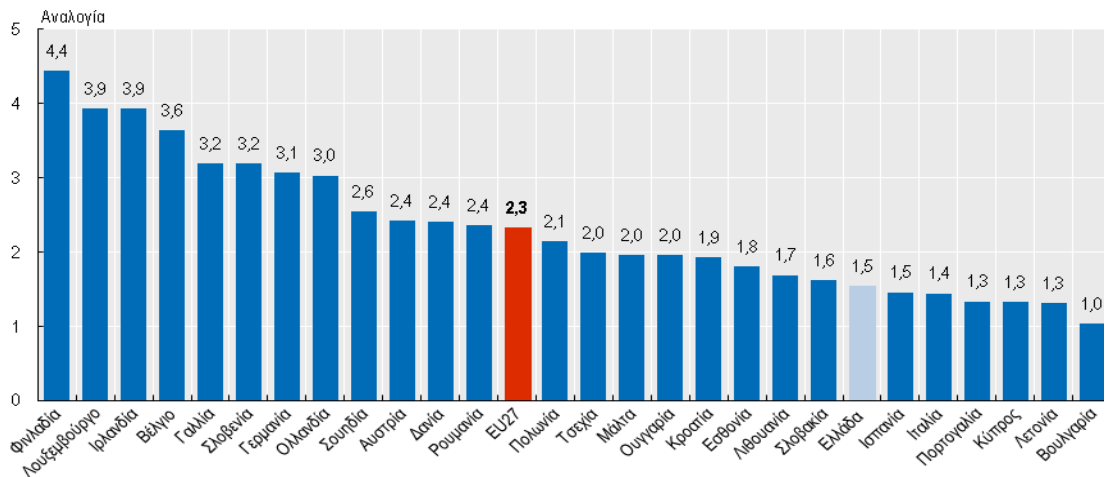


Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Διάγραμμα 2.2

Διαγραμματική Απεικόνιση του Ιατρικού Προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους, έτη 2008 και 2018

Σύμφωνα με τον πίνακα 2.4 και το διάγραμμα 2.2 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα διατηρεί την πρώτη θέση στην Ε.Ε. σχετικά με την αναλογία του ιατρικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκων και κατά το έτος 2008 και κατά το έτος 2018 σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, και παρουσιάζει και αύξηση του ποσοστού από 5,71 σε 6,10 δείχνοντας ότι δεν επηρεάστηκε από την κρίση.



Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Διάγραμμα 2.3

Διαγραμματική Απεικόνιση της Αναλογίας Νοσηλευτών προς Ιατρούς, 2018

Σημείωση:

«*Για τις χώρες που δεν έχουν παράσχει στοιχεία για τους ασκούμενους νοσηλευτές ή/και τους ασκούμενους ιατρούς, οι αριθμοί αφορούν "επαγγελματικά ενεργούς" νοσηλευτές και ιατρούς και η αναλογία για την Ιρλανδία υπερεκτιμάται (επαγγελματικά ενεργοί νοσηλευτές / ασκούμενοι γιατροί), ενώ η αναλογία για την Πορτογαλία υποτιμάται (επαγγελματικά ενεργές νοσοκόμες / όλοι οι γιατροί που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος).

**Για την Αυστρία και την Ελλάδα, τα στοιχεία αφορούν νοσηλευτές και ιατρούς που απασχολούνται σε νοσοκομεία.»

Όπως αποτυπώνεται στο διάγραμμα 2.3 κατά το έτος 2018 η αναλογία των νοσηλευτών προς τους ιατρούς είναι στην Ελλάδα 1,5 φορά όταν στην ΕΕ ανέρχεται σε 2,3 καταλαμβάνοντας η χώρα μας την 21η θέση.

Σύμφωνα με τα μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης δεν υπήρχε δυνατότητα να πραγματοποιηθούν προσλήψεις καθώς είχε επιβληθεί στη χώρα μας για κάθε πέντε αποχωρήσεις να προσλαμβάνεται ένας υπάλληλος. Το γεγονός αυτό δημιούργησε ευρύτατες ελλείψεις προσωπικού καθώς και ανεργία στον ιατρικό χώρο. Σήμερα ο λόγος των προσλήψεων είναι ότι για κάθε μια αποχώρηση θα πραγματοποιείται μια πρόσληψη. Το μέτρο αυτό θα καταστήσει δυνατή τη σχεδιαζόμενη πρόσληψη 10.000 επαγγελματιών υγείας, 4.000 εξ αυτών ιατροί και 6.000 νοσηλευτές προκειμένου να καλυφθούν τα κενά στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας και όπου υφίσταται υποστελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. (Προφίλ Υγείας, 2019).

Η εύρεση τόσο μεγάλου αριθμού ιατρών και νοσηλευτών δεν αποτελεί μόνο πρόβλημα χρηματοδότησης σύμφωνα με την υπάρχουσα οικονομική κατάσταση της χώρας μας αλλά και εξεύρεσης τους. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΣΑ, κατά την περίοδο της κρίσης ένας στους τέσσερις γιατρούς είναι άνεργος ή υποαπασχολούμενος και πάνω από 10.000 γιατροί της Αθήνας έχουν αποχωρήσει από τη χώρα μας λόγω της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 17.500 Έλληνες γιατροί εργάζονται στο εξωτερικό. Είναι αξιοσημείωτο ότι η Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη χώρα προέλευσης μεταναστών γιατρών που απασχολούνται στη Γερμανία.¹⁴

Το brain drain¹⁵ έχει για την Ελλάδα και δυσμενείς οικονομικές προεκτάσεις, καθώς η χώρα μας δεν αξιοποιεί τους επιστήμονες στους οποίους χρηματοδότησε τις σπουδές τους. Σύμφωνα με στοιχεία, κάθε φοιτητής ιατρικής κοστίζει στην ελληνική πολιτεία 12.000 ευρώ το χρόνο ενώ μέχρι να τελειώσει τις σπουδές του θα έχουν δαπανηθεί περισσότερα από 85.000 ευρώ, κατά προσέγγιση.¹⁶

2.5 Συγκριτική Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση

Είναι αξιοσημείωτο ότι κατά την περίοδο 2008-2011 αυξήθηκε το δημόσιο χρέος από το 113,0% σε 165,3% του ΑΕΠ. Αυξήθηκε δηλαδή κατά 52,3 ποσοστιαίες μονάδες. Η Ελλάδα κατείχε μακράν το υψηλότερο δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βαβούρας, 2013). Τα αυξανόμενα ελλείμματα από τα δημόσια νοσοκομεία και οι ταχέως αυξανόμενες φαρμακευτικές δαπάνες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000 προσέκρουσαν σε μεγάλο βαθμό στον κρατικό προϋπολογισμό.

Στη δεκαετία που προηγήθηκε της έκρηξης της κρίσης, η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία (μετρούμενη σε σταθερές ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, ΣΔΙΤ)

¹⁴ «Τα στοιχεία αντλήθηκαν από την Ημερίδα, με θέμα τον τουρισμό υγείας της Ελλάδας που πραγματοποιήθηκε στο London School of Economics στις 23 Νοεμβρίου 2018, και διοργανώθηκε από το Διεθνές Κέντρο Τουρισμού Υγείας και τον Ελληνικό Ιατρικό Σύλλογο Ηνωμένου Βασιλείου, υπό την αιγίδα του υπουργείου Τουρισμού, του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος».

¹⁵ «Στα ελληνικά μεταφράζεται ως «διαρροή εγκεφάλων» και ουσιαστικά αναφέρεται στη μετανάστευση ανθρώπων με υψηλή μόρφωση, εξειδίκευση και ευφυΐα, σε χώρες του εξωτερικού».
<https://www.sev.org.gr/>

¹⁶ Ομοίως με την υποσημείωση 13.

αυξήθηκε κατά μέσο όρο ετησίως κατά περίπου 6,6% (μέσο όρο της ΕΕ15: 3,6%). Σημαντικά, οι μέσες ετήσιες κατά κεφαλήν ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν ταχύτερα από τις δημόσιες δαπάνες (κατά 7,7 και 5,8% αντίστοιχα). Ιδιαίτερα υψηλός ήταν ο ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών κατά κεφαλήν: 11,1% ετησίως κατά μέσο όρο (σε σταθερές ΣΔΙΤ) κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000 (μέσος όρος για τις άλλες τρεις χώρες της Νότιας Ευρώπης: 1,3%).

Ωστόσο, το 2009, οι κατά κεφαλήν δαπάνες δημόσιας υγείας (σε συνεχείς ΣΔΙΤ) ήταν περίπου το ένα τρίτο χαμηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ15. Ωστόσο, οι ιδιωτικές δαπάνες υπερέβησαν τα αντίστοιχα ποσοστά για την ΕΕ15 και τις άλλες τρεις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Πίνακας 2.5). Στο ΑΕΠ καθορίστηκαν αυστηρά ανώτατα όρια για τη συνολική χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και τα συνταγματικά της προγράμματα - για παράδειγμα, οι συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία περιορίζονται στο 6% του ΑΕΠ ή κάτω από αυτές και οι φαρμακευτικές δαπάνες σε περίπου 1% του ΑΕΠ.

Από το 2009 έως το 2017 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (σε τρέχουσες τιμές) μειώθηκαν από 22,5 δισ. Ευρώ σε 14,9 δισ. Ευρώ και οι δημόσιες δαπάνες (κυβερνητική και υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ασθενείας) μειώθηκαν σχεδόν κατά το ήμισυ (από 15,4 σε 9,1 δισ. Ευρώ) (OECD, 2018). Πρόκειται για μια απότομη μείωση σε σύγκριση με τις άλλες τρεις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες έχουν επίσης εφαρμόσει προγράμματα λιτότητας (για παράδειγμα στην Πορτογαλία, το 2017 οι δαπάνες δημόσιας υγείας σε τρέχουσες τιμές ήταν μόλις κατά 6% χαμηλότερες από το μέγιστο ποσοστό το 2009).

Πίνακας 2.5

Δείκτες Υγείας για Δαπάνες ανά Κάτοικο, 2009-2013 και 2017

	Οι δαπάνες ανά κάτοικο (σταθερές ΣΔΙΤ, έτος βάσης του ΟΟΣΑ *)									
	2009-2013					2017				
	Ελλάδα	Πορτο- γαλία	Ισπανί α	Ιταλία	ΕΕ15	Ελλάδα	Πορτο- γαλία	Ισπανία	Ιταλία	ΕΕ15
Συνολικές δαπάνες υγείας	2826/ 1960	2651/ 2340	2885/ 2722	3103/ 2965	3860/ 3936	2015	2515	2981	3033	4084
Δημόσιες δαπάνες υγείας	1937/ 1218	1854/ 1566	2175/ 1933	2430/ 2255	3055/ 3054	1233	1676	2110	2245	3186
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	889/ 742	798/ 774	710/ 789	673/ 710	804/ 881	781	839	871	788	899
Συνολικές δαπάνες για ιατρικά προϊόντα **	834/ 567	635/ 461	639/ 620	588/ 588	686*** / 623	625	474	674	625	642
Δημόσιες δαπάνες για ιατρικά προϊόντα **	648/ 337	351/ 229	306/ 229	313/ 322	436*** / 370	367	231	324	353	391

Πηγή: Petmesidou, (2019)

Πίνακας 2.6

Δείκτες Υγείας σχετικά με την Μέση Ετήσια Μεταβολή των Δαπανών 2009-2013 και 2013-2017

	Μέση ετήσια μεταβολή των δαπανών κατά κεφαλήν (σταθερές ΣΔΙΤ, έτος βάσης του ΟΟΣΑ *)									
	2009-2013					2013-2017				
	Ελλάδα	Πορτο-γαλία	Ισπανία	Ιταλία	ΕΕ15	Ελλάδα	Πορτο-γαλία	Ισπανία	Ιταλία	ΕΕ15
Συνολικές δαπάνες υγείας	-8.7	-3.1	-1.4	- 1.1	0.5	0.7	1.8	2.3	0.6	1.7
Δημόσιες δαπάνες υγείας	-11.0	-4.1	-2.9	- 1.8	0.0	0.3	1.7	2.2	- 0.1	1.1
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	-4.9	-0.7	2.7	1.3	2.1	1.9	2.0	2.5	2.6	0.5
Συνολικές δαπάνες για ιατρικά προϊόντα **	-9.3	-7.7	-0.8	0.0	-	3.3	0.9	2.8	1.6	1.0
Δημόσιες δαπάνες για ιατρικά προϊόντα **	-15.1	- 10.2	-6.3	0.7	-	2.9	0.3	1.2	2.4	1.8

Πηγή: Petmesidou, (2019)

Σημειώσεις:

«*Σταθερές τιμές (2010), σταθερές ΣΔΙΤ (2010), σε δολάρια ΗΠΑ.

** Κυρίως φαρμακευτικά προϊόντα (για την Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την ΕΕ15 τα πιο πρόσφατα στοιχεία για δαπάνες για ιατρικά προϊόντα αναφέρονται στο 2016).

*** Ο μέσος όρος της ΕΕ το 2009 αποκλείει την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο λόγω έλλειψης δεδομένων».

Μεταξύ του 2009 και του 2013, οι κατά κεφαλήν δαπάνες δημόσιας υγείας σε πραγματικούς όρους, μειώθηκαν κατά μέσο όρο 11% ετησίως. Έτσι, το 2017 σύμφωνα

με τον πίνακα 2.5 το κατά κεφαλήν σύνολο δαπανών για την υγεία μειώθηκε στο μισό περίπου της ΕΕ των 15 χωρών και οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες στο ένα τρίτο του αντίστοιχου μέσου όρου της ΕΕ15. Εξίσου έντονη ήταν η μείωση των κατά κεφαλήν δημόσιων δαπανών για ιατρικά προϊόντα (κυρίως φαρμακευτικά προϊόντα, σε ΣΔΙΤ και σε σταθερές τιμές).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα κινήθηκαν πτωτικά στη πορεία δηλαδή που είχε και το ΑΕΠ της χώρας. Το ΑΕΠ μειώθηκε το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή εναλλακτικά κατά 9,8% ενώ η δαπάνη της υγείας επί συνόλου μειώνεται κατά 4,4δις ευρώ ή 18,9%. Το 2012 η μείωση που παρουσιάζουν οι δαπάνες υγείας ήταν πάνω από 2δις ευρώ ή εναλλακτικά 1% του ΑΕΠ, ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίστηκε στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο από το συνολικό μέσο όρο των κρατών της Ευρώπης το οποίο ήταν στο 9,8%.

Την ίδια περίοδο οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του συνολικού ΑΕΠ προσέγγισε το 5,5% έναντι του 7,8% της Ε.Ε και το 8,0% επί του συνόλου της Ευρωζώνης. Αναφορικά με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, η Ελλάδα το 2013 είχε σε απόλυτους αριθμούς μια ενδιάμεση θέση, όμως όταν οι δαπάνες αυτές προσαρμόζονταν στις ανάγκες της κάθε χώρας η Ελλάδα κατείχε τη τελευταία θέση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 2015 το σύστημα υγείας να υποχρηματοδοτείται αφού η συνολική δαπάνη υγείας ήταν 15δις ευρώ το οποίο αναλύεται σε 9,5δις ευρώ στη δημόσια υγεία και σε 5,5δις ευρώ στην ιδιωτική υγεία, οι δαπάνες υγείας ήταν το 5% του ΑΕΠ, ποσοστό που υπολείπεται των αντίστοιχων ανεπτυγμένων χωρών (Τούντας κ.α.,2016).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξε μια μεγάλη μείωση και στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες κυρίως στο δημόσιο τομέα όπου από 5,3δις ευρώ το 2008, έφτασε να είναι 2,2 δις ευρώ το 2014, πράγμα που οδήγησε τις φαρμακευτικές δαπάνες να είναι από το 2011 και μετά πολύ πιο κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αναφορικά με τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, είναι φανερό η ραγδαία αύξηση τη περίοδο 2000-2009 αλλά και η ραγδαία μείωση το 2009-2015(Μόλλα κ.α.,2016).

Οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 2014 το 7,2 των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών έναντι του 6,5% το 2009 πράγμα που δεν σύναγε με αυτά που μείωσε το κράτος ανά νοικοκυριό όπου η μείωση έφτασε στο 21% σε απόλυτα μεγέθη σε ποσά αυτό ήταν 105,8 ευρώ το 2014 έναντι 134,4 ευρώ το 2009. Το ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος για δαπάνες υγείας είναι πενταπλάσιο στην υψηλότερη

εισοδηματική κατηγορία έναντι της υψηλότερης (Τούντας κ.α., 2016). Οι δαπάνες για την ιατρονοσηλευτική Κάλυψη μειώθηκαν μέσα στο 2013 κατά 21% με αποτέλεσμα να καλύπτεται μόλις το 79% του πληθυσμού. Η Ελλάδα έχει μεγάλο ποσοστό σφαλισμένων εντός της Ε.Ε, το μεγαλύτερο από κάθε άλλη χώρα και όμως αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών σε υγειονομικό επίπεδο

Η χρηματοδότηση για την υγεία προέρχεται από τρεις πηγές: τη φορολογία - πάνω από το 50% της οποίας είναι οι έμμεσοι φόροι του 2017 (Independent Authority for Public Revenue, 2017), οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και οι ιδιωτικές. Μεταξύ του 2009 και του 2016 παρατηρήθηκε μια σημαντική μεταβολή στη σύνθεση της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης με την απότομη πτώση του μεριδίου των ταμείων υγείας από 40% σε 29% και την αύξηση των εξωχρηματιστηριακών πληρωμών σε πάνω από ένα τρίτο. Η αύξηση της ανεργίας και η αδυναμία καταβολής εισφορών από σημαντικό αριθμό αυτό-απασχολούμενων και μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων αντιπροσωπεύουν τη μείωση των εσόδων από την ασφάλιση υγείας (Petmesidou , 2019).

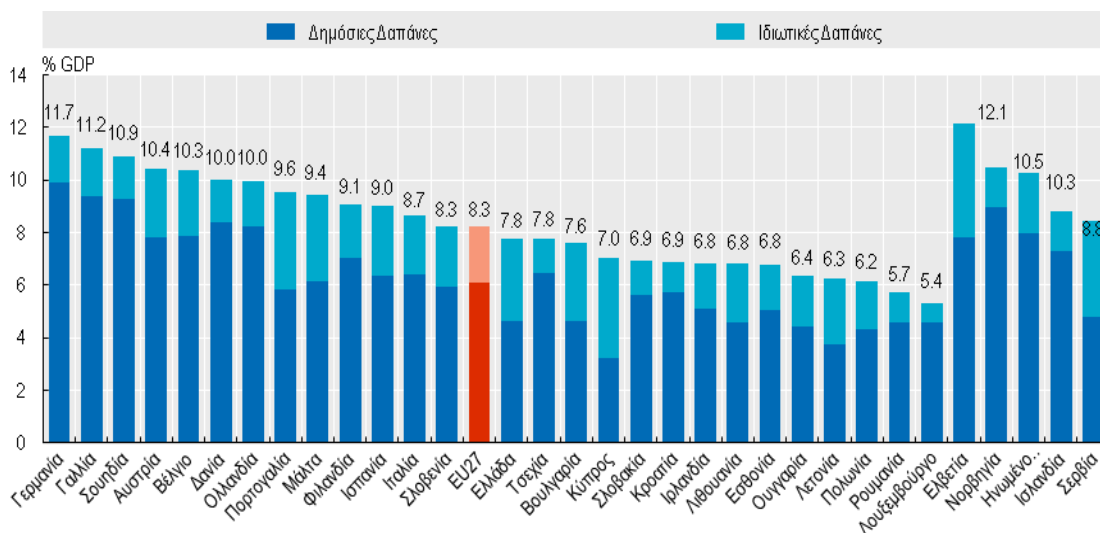
Ως απόρροια ήταν η υλοποίηση ενός οκταετές προγράμματος εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΚ), την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την αποκαλούμενη τρόικα, με σαρωτικές μεταρρυθμίσεις. Μια μέτρια οικονομική ανάκαμψη το 2017 και το 2018, συνοδευόμενη από περιορισμένη μείωση του ποσοστού ανεργίας (από 25% το 2015 σε περίπου 19% στα τέλη του 2018), αποτελεί θετική εξέλιξη. Ο ρυθμός ανάπτυξης από -9,132% το 2011 ανήλθε στο 1,934% στο 2018.

Ωστόσο, η οικονομία εξακολουθεί να βρίσκεται σε δύσκολη θέση. Το δημόσιο χρέος ανέρχεται στο 180% περίπου του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) - το υψηλότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) - και παραμένει κατά 25% χαμηλότερο από το ανώτατο όριο πριν από την κρίση (Mody, 2018). Επιπλέον, οι δεσμεύσεις για υπερβολικά υψηλά πρωτογενή δημοσιονομικά πλεονάσματα τα επόμενα χρόνια θα στερήσει την οικονομία από σοβαρές πηγές στον δρόμο της ανάκαμψης. Στις 20 Αυγούστου του 2018 η Ελλάδα έφυγε επίσημα από το πρόγραμμα εξωτερικής οικονομικής βοήθειας.

Ωστόσο, καθώς η χώρα είναι υπερχρεωμένη στον ευρωπαϊκό επίσημο τομέα (σχεδόν 260 δισ. Ευρώ), θα συνεχιστεί η «ενισχυμένη» επιτήρηση από τους διεθνείς δανειστές. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ζώνης του ευρώ που διήλθαν οικονομικές ενισχύσεις, στην Ελλάδα η παρακολούθηση μετά το πρόγραμμα θα είναι υψηλότερη (σε

τριμηνιαία βάση) και η παρακολούθηση συγκεκριμένων πολιτικών πιο αυστηρή (Petmesidou *et. al.*, 2019). Τη τελευταία τετραετία μέχρι και το τέλος του 2019 υπήρξε μια σταθεροποίηση.

Η στρατηγική για τη μεταρρύθμιση του νοσοκομειακού τομέα αποτελείται από ένα συνδυασμό μέτρων με στόχο τη μείωση της σπατάλης πόρων, την προώθηση οικονομιών κλίμακας και εμπέλειας, τον εξορθολογισμό της διοίκησης, τις μεθόδους κοστολόγησης και πληρωμών και την αναδιάρθρωση των ανθρώπινων πόρων.



Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Διάγραμμα 2.4

Διαγραμματική Απεικόνιση για τις Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2019

Στην Ελλάδα παρότι η δημόσια υγεία στηρίζεται από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης συνεχίζει να είναι από τα υψηλότερα στον ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα σύμφωνα με το ανωτέρω διάγραμμα 2.4 στην ΕΕ στο έτος 2019 οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ανέρχονται σε 8,3 ενώ στην Ελλάδα σε 7,8. Αναλυτικότερα το ποσοστό των δημοσίων δαπανών ανέρχεται σε 6,2 του ΑΕΠ με το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα να είναι στο 4,6 ενώ στις ιδιωτικές δαπάνες η ΕΕ εμφανίζει το 2,1 του ΑΕΠ και στην Ελλάδα έχουμε 3,2.

Επιβεβαιώνεται ότι στη χώρα μας η ιδιωτική δαπάνη είναι αυξημένη σε σχέση με την Ε.Ε. γεγονός που οφείλεται στην αδυναμία του συστήματος υγείας να εξυπηρετήσει άμεσα τους ασφαλισμένους του, αδυναμία παροχών φροντίδας όπως είναι η οδοντιατρική κάλυψη καθώς και στην προκλητή ζήτηση.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομικών οι δημόσιες δαπάνες στο χώρο της Υγείας παρουσίασαν αύξηση περίπου 20% καθώς αυξήθηκαν κατά 788 εκατ. ευρώ το 2020, σε σχέση με το 2019. Το 99,75% της αύξησης προήλθε από δαπάνες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Αναλυτικότερα οι δαπάνες για τον κορονοϊό έτους 2020 εκτιμάται ότι έχουν διατεθεί από τα 786 εκατ. ευρώ τα 200 εκατ. για αμοιβές του έκτατου και επικουρικού προσωπικού, τα 293 εκατ. ευρώ για την ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ και τα 293 εκατ. ευρώ για την προμήθεια εξοπλισμού, υγειονομικού υλικού και αντιδραστηρίων.

Το Υπουργείο Υγείας κατέγραψε αύξηση και στις δαπάνες έτους 2019 οι οποίες ανήλθαν στο ποσό των 4.041 εκατ. ευρώ το έναντι των 3.849 εκατ. ευρώ που είχαν δαπανηθεί το 2018. Για το έτος 2021 προβλέφθηκε ότι οι τακτικές δαπάνες εκτός της πανδημίας θα αυξηθούν από τα 4.043 εκατ. ευρώ το 2020, σε 4.126 εκατ. ευρώ το 2021.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Μέσω των δημοσιονομικών προγραμμάτων προσαρμογής η Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης εφάρμοσε μεταρρυθμίσεις που απέδωσαν μειώσεις στις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα μεταξύ του 2009 και του 2013, οι κατά κεφαλήν δαπάνες δημόσιας υγείας σε πραγματικούς όρους, μειώθηκαν κατά μέσο όρο 11% ετησίως. Έτσι, το 2017 το κατά κεφαλήν σύνολο δαπανών για την υγεία μειώθηκε στο μισό περίπου της ΕΕ των 15 χωρών της ΕΕ15. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας παραμένουν σε υψηλά επίπεδα γεγονός που αποδεικνύει ότι οι πολίτες είτε δεν εμπιστεύονται το δημόσιο σύστημα είτε δεν τους παρέχεται η δυνατότητα να εξυπηρετηθούν άμεσα λόγω των ελλείψεων που παρουσιάζονται στο σύστημα υγείας ως αποτέλεσμα της συρρίκνωσης των δαπανών τους.

Αποτέλεσμα αυτών των μέτρων ήταν η χώρα μας να παρουσιάσει αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας καθώς και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών. Οι προσλήψεις στο χώρο της υγείας παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα, κατά την περίοδο της κρίσης να δημιουργηθεί brain drain και πάνω από 10.000 ιατροί να έχουν αποχωρήσει από τη χώρα μας στο εξωτερικό. Πλέον αποτυπώνεται αύξηση στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας ως απόρροια της εξόδου της χώρα από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής όπου είχαν τεθεί αυστηρά όρια σε σχέση με τις δαπάνες υγείας.

Κεφάλαιο 3^ο

Απόδοση του Συστήματος Υγείας

3.1 Εισαγωγή

Η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας λαμβάνει υπόψη της τη μέτρηση των αποτελεσμάτων που παράγονται και αξιολογούνται μέσω των ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών υγείας σε σχέση με την καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μέσα από δείκτες υγείας όπως είναι η πρόληψη, η θνησιμότητα, η αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και ο εμβολιασμός, διακρίνεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος και η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχει.

Η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποτέλεσε ανέκαθεν ένα ιδιαίτερα αμφισβητούμενο ζήτημα, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, καθώς οι δημογραφικοί παράγοντες και οι τεταμένες κυβερνητικές δαπάνες ασκούν πίεση στους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης για να κατανείμουν καλύτερα τους πόρους τους (Hu *et. al.*, 2004).

Η προσβασιμότητα ενός συστήματος υγείας μας πληροφορεί σχετικά με την προσιτότητά του, τη διαθεσιμότητά του σε ιατρούς και σε νοσοκομειακά κρεβάτια καθώς και τη χρήση των υπηρεσιών του από τους πολίτες. Αναλύει το κατά πόσο η ιατρική φροντίδα που παρέχεται στους λήπτες υπηρεσιών υγείας είναι οικονομικά ανεκτή. Εξίσου σημαντική είναι και η ανθεκτικότητα ενός συστήματος υγείας που πρέπει να προσβλέπει σε μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα, να διακατέχεται από προσαρμοστικότητα στην οποιαδήποτε αλλαγή του περιβάλλοντος εφαρμόζοντας καινοτόμες λύσεις για την αντιμετώπιση των μεγάλων προκλήσεων.

3.2 Αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας, που πρέπει συνεχώς να βελτιώνεται, αποτελεί το πρώτο στάδιο για να αξιολογηθούν οι λειτουργίες των μονάδων υγείας και αποτελεί το σημαντικότερο μέσο ελέγχου και εξορθολογισμού των ανθρώπινων και υλικών πόρων, σχετιζόμενο άμεσα με το βαθμό χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την κάλυψη της ζήτησης και της παραγωγικότητας της μονάδας υγείας (Kalogeropoulou, 2011).

Η αποτελεσματικότητα λαμβάνει υπόψη της την ασφάλεια και την εμπειρία των ασθενών και αποτελεί βασικό συστατικό της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής

περίθαλψης, καθορίζοντας τις επιδόσεις των συστημάτων υγείας. Στόχος της αποτελεσματικότητας είναι τα συστήματα υγείας να είναι ικανά να παράγουν θετικά αποτελέσματα με σκοπό να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μέσω προγραμμάτων η ΕΕ χρηματοδότησε για την έρευνα και την τεχνολογική ανάπτυξη διάφορα έργα προκειμένου να αναπτυχθούν οι δείκτες και οι μεθοδολογίες σχετικά με την αξιολόγηση των επιδόσεων των συστημάτων υγείας.

Η πρόληψη αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεραπεία που συμβάλει στην μείωση της θνησιμότητας. Η Ελλάδα κατά το έτος 2018 συνεχίζει να έχει χαμηλότερη θνησιμότητα από προλαμβανόμενες¹⁷ αιτίες με μέσο όρο 141 όπου είναι ο προτυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους πληθυσμού σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 161. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αντιπροσωπεύουν το ένα τέταρτο του συνόλου των θανάτων από προλαμβανόμενες αιτίες και το 38 % των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες. Η Ελλάδα προσπαθεί να αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό την παροχή αποτελεσματικής και έγκαιρης θεραπευτικής αγωγής στους ασθενείς.

Η θνησιμότητα σε ποσοστό 30% σχετικά με τις άλλες προλαμβανόμενες αιτίες θανάτων το 2016 οφείλονταν σε καρκίνο του πνεύμονα καθώς η χώρα μας παρουσιάζει πολύ υψηλά ποσοστά καπνίσματος. Παρότι δεσμεύονται από την οδηγία της ΕΕ για τον καπνό και την αρκετά περιεκτική νομοθεσία περί ελέγχου του καπνού, οι περισσότερες εγκαταστάσεις στην Ελλάδα δεν έχουν συμμορφωθεί δεόντως με την απαίτηση διασφάλισης ενός περιβάλλοντος χωρίς καπνό (WHO, 2017). Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει καθοδικά το ποσοστό της χώρας καθώς η αύξηση στην τιμή των τσιγάρων επηρέασε τους χρήστες.

Η υψηλή θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα αποτελεί πρόβλημα ύψιστης σημασίας. Κατά το έτος 2016 η Ελλάδα κατείχε το έκτο μεγαλύτερο ποσοστό θνητότητας στην ΕΕ συγκεκριμένα εννιά θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι έξι που ήταν ο μέσος όρος της ΕΕ. Τα τελευταία 10 χρόνια έχει σημειωθεί κατακόρυφη πτώση των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, η οποία έχει συνδεθεί με τη στρόφη προς φθηνότερους τρόπους μεταφοράς και την κατά 50 % άνοδο της τιμής του

¹⁷ «Ως προλαμβανόμενη θνησιμότητα ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και πρωτογενούς πρόληψης. Ως θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες ορίζεται ο θάνατος που μπορεί να αποφευχθεί κυρίως μέσω παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων του προσυμπτωματικού ελέγχου και της αγωγής. Και οι δύο δείκτες αναφέρονται στην πρόωρη θνησιμότητα (κάτω των 75 ετών)», Προφίλ Υγείας 2019.

πετρελαίου κατά τη διάρκεια της κρίσης ωστόσο, αυτή η κάμψη έχει παραμείνει στάσιμη από το 2014.

Όσο αφορά το δείκτη για θεραπεύσιμες αιτίες θνησιμότητας το έτος 2016 η Ελλάδα έχει δείκτη 95 πολύ κοντά στο 93 τον μέσο όρο της ΕΕ ανά 100.000 κατοίκους. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις που μαρτυρούν ότι η πτώση των ποσοστών θνησιμότητας από θεραπεύσιμες αιτίες στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 2000 έχει αντιστραφεί τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες (Karanikolos *et. al.*, 2018). Στις πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνονται η μειωμένη χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τα συστημικά προβλήματα που προϋπήρχαν της κρίσης, όπως ο κατακερματισμός της κάλυψης, η ανεπαρκώς ανεπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, η έλλειψη μηχανισμών παραπομπής και η απουσία συντονισμού μεταξύ των προγραμμάτων περίθαλψης.

Έχει παρατηρηθεί ότι σύμφωνα με μελέτες ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο δεν είναι συστηματικός και τον πραγματοποιούν κυρίως οι μορφωμένοι άνθρωποι. Θεραπεύσιμος καρκίνος θεωρείται ο καρκίνος του μαστού, ο ορθοκολικός καρκίνος και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας που αντιπροσωπεύουν το 25% των θανάτων από θεραπεύσιμες αιτίες.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπάρχουν συστήματα παρακολούθησης της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης με αποτέλεσμα η Ελλάδα να μην διαθέτει δεδομένα για βασικούς δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης.

Σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη μείζον πρόβλημα αποτελούν οι νοσοκομειακές λοιμώξεις που σχετίζονται με τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, με έναν στους δέκα ασθενείς να αναπτύσσει τέτοια λοίμωξη. Σύμφωνα με τους Suetens *et.al.*, 2018 η χώρα μας διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ και διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Επιπλέον, η Ελλάδα έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων με ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια στην ΕΕ (μετά την Ιταλία), με αποτέλεσμα περισσότερους από 1.600 θανάτους ανά έτος (Cassini *et.al.*, 2019).

Η Ελλάδα διατηρεί υψηλά ποσοστά παιδικού εμβολιασμού καθώς τα εμβόλια περιλαμβάνονται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού και χορηγούνται δωρεάν για όλους τους νόμιμους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των αιτούντων άσυλο. Η ανοσοποίηση συνιστάται, ωστόσο για την εγγραφή των μαθητών στα νηπιαγωγεία και στα δημοτικά σχολεία όπου απαιτείται εμβολιασμός με αποτέλεσμα να καθίσταται

υποχρεωτικός για τα παιδιά (Rechel *et.al.*, 2018). Πρόβλημα παρατηρείται κυρίως στα παιδιά των Ρομά, των οποίων η κάλυψη εμβολιασμού είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

3.3 Αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων την περίοδο της κρίσης

Η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποτέλεσε ανέκαθεν ένα ιδιαίτερα αμφισβητούμενο ζήτημα, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, καθώς οι δημογραφικοί παράγοντες και οι τεταμένες κυβερνητικές δαπάνες ασκούν πίεση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να κατανείμουν καλύτερα τους πόρους τους (Hu, *et.al.*, 2004).

Ένας σημαντικός όγκος βιβλιογραφίας έχει αφιερωθεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εκροών και εισροών νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω λειτουργιών παραγωγής. Οι Hollingsworth και συν. (1999) παρέχουν μια λεπτομερή ανασκόπηση των διαφόρων εφαρμογών στο μικροεπίπεδο. Οι Clement και συν. (2008) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ αποτελεσματικότητας και ποιότητας του νοσοκομείου αξιολογώντας την από κοινού παραγωγή επιθυμητών και ανεπιθύμητων νοσοκομειακών αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά τις ελληνικές μελέτες στα δημόσια νοσοκομεία, τα ευρήματα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης (Giokas, 2001). Ο Aletras (1999), χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 91 γενικών δημόσιων νοσοκομείων, εκτιμά ότι το 1992 η μέση X-αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου ήταν 20-34% του παρατηρούμενου νοσοκομειακού κόστους. Οι Kontodimopoulos και συν. (2006), μελετώντας την αποτελεσματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων μικρής κλίμακας που είναι γνωστά ως νοσοκομειακά κέντρα που βρίσκονται σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, κατέδειξαν τεχνική αναποτελεσματικότητα 25,13% - 26,77%.

Εντούτοις, με μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μιας μελέτης που επιχειρεί να εκτιμήσει τον αντίκτυπο στην πρωτοβουλία της μεταρρύθμισης το 2001. Με τη χρήση της DEA¹⁸ εξετάστηκαν οι τεχνικές και κλιμακωτές αποδόσεις ενός δείγματος 51 γενικών δημόσιων νοσοκομείων και η ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η τεχνική και η κλίμακα απόδοσης μειώθηκαν μετά τις αλλαγές πολιτικής, υποδεικνύοντας ότι τα αναμενόμενα οφέλη από τη μεταρρύθμιση δεν

¹⁸ «Η Data Envelopment Analysis (DEA) αποτελεί μια μέθοδο αποτίμησης της αποδοτικότητας ενός συνόλου συγκρίσιμων και ομοιογενών ομάδων, των Μονάδων Λήψης Αποφάσεων “Decision Making Units, DMUs”» (Charnes *et.al.*, 1978).

επιτεύχθηκαν (Aletras *et.al.*, 2007).

Σύμφωνα με τους Kaitelidou και συν. (2016) το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και η ανάγκη περιορισμού του κόστους έχει δημιουργήσει ενδιαφέρον για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη τους επικεντρώθηκε στην απόδοση 90 γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ. Με βάση τα ευρήματα, ο αριθμός των αποτελεσματικών νοσοκομείων αυξήθηκε κατά 15% το 2011 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος (Kaitelidou *et. al.*, 2016).

Επομένως, διαπιστώνεται ότι όταν ληφθούν υπόψη οι μεταβλητές αποδόσεων σε κλίμακα, οι μέσες τιμές καθαρού τεχνικού βαθμού απόδοσης των νοσοκομείων αυξάνονται, γεγονός που δείχνει ότι το μέγεθος της κλίμακας είναι σημαντικό. Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα, καμία από τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης δεν φαίνεται να είναι κοντά στην πλήρη αποτελεσματικότητα και ακόμη και οι κατατάξεις δεν διατηρούνται.

Η αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων βρέθηκε χαμηλή. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν σε άλλες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων στις μεσογειακές χώρες. Ο Puig-Junoy (2000), ο οποίος εκτίμησε την απόδοση 94 νοσοκομείων στην Ισπανία, διαπίστωσε ότι 69 νοσοκομεία αξιολογήθηκαν κάτω από το μέσο όρος αποτελεσματικότητας με μέση αναποτελεσματικότητα 10,1%. Οι Alfonso και Fernandes (2008) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα 68 νοσοκομείων στην Πορτογαλία και διαπίστωσαν μια μέση αναποτελεσματικότητα 10% σε πενταετία (2000-2004) και 5,7% το 2005, ενώ το 70% των νοσοκομείων ήταν αναποτελεσματικό. Με βάση το μέγεθος των νοσοκομείων, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι τα μεγάλα νοσοκομεία πέτυχαν υψηλότερες επιδόσεις το 2011.

Στην μελέτη των Kaitelidou και συν. (2016) προσδιορίστηκαν οι δυνατότητες για βέλτιστη χρήση των εισροών από αναποτελεσματικά νοσοκομεία προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα, όπως για παράδειγμα η ανακατανομή ή ακόμα και η μείωση του αριθμού των κλινών μαζί με άλλες προσπάθειες περιορισμού του κόστους. Η ανάγκη μείωσης των κλινών προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων επιβεβαιώθηκε επίσης σε προηγούμενη ελληνική μελέτη (Kalogeropoulou, 2011).

Οι πολιτικές που προωθούν την καλύτερη κατανομή των πόρων θα πρέπει να στοχεύουν σε άλλες πτυχές της νοσοκομειακής απόδοσης, όπως ο έλεγχος των γενικών εξόδων και των διοικητικών υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων

πόρων, ο ιατρικός έλεγχος, η τήρηση των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και ο εξορθολογισμός του συστήματος DRG (Diagnosis- Related Group). Τα κατάλληλα μέτρα ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων παραγόντων παραγωγής κατά περισσότερο από 20%. Είναι ωστόσο δύσκολο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα χωρίς τα κατάλληλα επίπεδα στελέχωσης και το σωστό συνδυασμό δεξιοτήτων.

Η στελέχωση, κυρίως για νοσηλευτές, ήταν ήδη πολύ χαμηλή ακόμη και πριν από την κρίση. Η Ελλάδα το 2009 είχε την χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών ανά πληθυσμό 1.000 στην Ευρώπη με 3.3 νοσηλευτές έναντι 9.6 στην ΕΕ. ποσοστό που δεν έχει μεταβληθεί έως το 2016. Μετά τα μνημόνια, πολλοί επαγγελματίες του τομέα της υγείας αποσύρθηκαν για να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις, καθιστώντας ακόμη πιο ανεπαρκείς τους εργαζομένους. Η μείωση του μισθού και των παροχών επιδείνωσε τις μισθολογικές ανισορροπίες στον τομέα της υγείας, αυξάνοντας τις ελλείψεις και υπονομεύοντας την ποιότητα και την αποδοτικότητα (Mladovsky *et.al.*, 2012).

Η μελέτη των Σίσκου κ.α (2010) η οποία έχει τίτλο «*Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το ελληνικό παράδοξο*» έχει στόχο μέσα από τη παρούσα εμπειρική έρευνα και αφού περιγράψει τη μέθοδο μέτρησης, τις εισροές και τις εκροές που χρησιμοποιήθηκαν και τα αποτελέσματα της έρευνας, να καταλήξει με βάση τα συμπεράσματα των μελετητών σε υποδείξεις σε σχέση με τη χάραξη πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

Το άρθρο ξεκινά θέτοντας το βασικό του ερώτημα, το οποίο σχετίζεται με τους λόγους που η αποδοτικότητα των δομών υγείας στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται ως «παράδοξο» δεδομένου ότι παρότι οι Έλληνες και ειδικά μέσα στη κρίση πληρώνουν αυξημένες δαπάνες για την υγεία, το υγειονομικό ελληνικό σύστημα τείνει να είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Σύμφωνα με τους Niaka, Theodorou και Liaporoulo (2008), σήμερα δεδομένης και της οικονομικής κρίσης, το δημόσιο σύστημα δεν ικανοποιεί ποιοτικά ή ποσοτικά τις ανάγκες των πολιτών πράγμα που το καθιστά ως μη αποδοτικό.

Σε μια άλλη έρευνα από την Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας (SHARE) η οποία αναφερόταν στην αποδοτικότητα δομών υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κ.α.) στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, υπήρξε η διαπίστωση ότι οι δαπάνες στην Ελλάδα προέρχονται από τους χρήστες τους, δηλαδή άμεσες νόμιμες καταβολές του ασφαλιστικού συστήματος, παρόλα αυτά, οι περισσότεροι εξ αυτών αναγκάζονται να έχουν και ιδιωτική ασφάλιση, πράγμα που μέσα στη κρίση γίνεται όλο και πιο δύσκολο, διότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι τόσο αποδοτικό όσο θα έπρεπε (Λυμπεράκη,

2006).

Αυτή η κατάσταση οδηγεί πολλούς Έλληνες, άτυπα να περιορίζονται μόνο στο ιδιωτικό σύστημα, μιας και πληρώνουν λιγότερα χρήματα ενώ έχουν και καλύτερες υπηρεσίες, αυτό ίσως στο μέλλον να οδηγήσει στην ευρύτερη απαξίωση του εθνικού συστήματος υγείας (Mosialos, *et.al.*, 2007).

Όλα τα παραπάνω έδωσαν το έναυσμα στους ερευνητές να προχωρήσουν στη παρούσα εμπειρική μελέτη. Η έρευνα διεξάχθηκε σε πανελλαδική βάση, της οποίας το δείγμα ήταν 1.616 τυχαία νοικοκυριά, τα περισσότερα εξ αυτών προέρχονταν από αστικές περιοχές (Σίσκου, 2006).

Γενικά τα στοιχεία τα οποία αποτέλεσαν εισροές στη μελέτη και πλαισίωσαν το συνολικό επιλεγμένο δείγμα των 1.616 τυχαίων νοικοκυριών ήταν το είδος των οικογενειών, που οι περισσότερες ήταν πολυμελείς, το εισόδημα που στη συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα ήταν μεσαίου προς χαμηλού εισοδήματος, το επίπεδο εκπαίδευσης που προερχόταν και από τα τρία επίπεδα, κατώτερο, μεσαίο και ανώτερο κ.λ.π. Σε επίπεδο εκρών η παρούσα εμπειρική έρευνα οδηγήθηκε σε συμπεράσματα σε σχέση με την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αλλά και σε προτάσεις βελτίωσης.

Η μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή των συνεντεύξεων. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2008) «*Η συνέντευξη αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες*». Μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης δόθηκε η δυνατότητα στους ερευνητές, να παράγουν και να συλλέξουν όσο το δυνατόν πλουσιότερα δεδομένα, για τις εμπειρίες, τις στάσεις και γενικά τις απόψεις των συμμετεχόντων ώστε να οδηγηθούν σε ασφαλή συμπεράσματα. Για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων δημιουργήθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε με τη βοήθεια ειδικών. Η καταγραφή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS, σε ειδικά σχεδιασμένη βάση δεδομένων.

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης ήταν τα ακόλουθα (Σίσκου, 2010):

- Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, και η ευρύτερη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα, δηλώνει την μη αποδοτικότητα των δομών υγείας αλλά και την υποχρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος, η οποία οφείλετε από τη μια στην οικονομική κρίση και από την άλλη στη κακή διαχείριση από τη πλευρά της πολιτείας.
- Τα νοικοκυριά αναζητούν όλο και περισσότερο υπηρεσίες υγείας έναντι πληρωμής,

διότι θεωρούν μεγάλο το κόστος της δημόσιας υγείας σε σχέση με την αποδοτικότητα των δομών υγείας (Mosialos, *et.al.*, 2006)

- Η χαμηλή απόδοση των δημόσιων δομών υγείας καθορίζει ως αδιαμφισβήτητη ανάγκη την ανάπτυξη και υποστήριξη από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
- Σήμερα υπάρχει η ανάγκη ενίσχυσης και αναβάθμισης των δημοσίων δομών υγείας, ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα τους και να ανατοποθετηθούν ως πρώτη επιλογή από τους πολίτες. Σημαντικό ρόλο θα παίζει στη διαδικασία βελτίωσης, η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα.

Με βάση τα παραπάνω συμπεράσματα της εμπειρικής μελέτης, οι υποδείξεις που έγιναν από την Σίσκου (2010) είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Η σύμπραξη ιδιωτικού και δημοσίου τομέα αποτελεί σήμερα αναγκαία λύση, για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των δημοσίων δομών, ενώ θα ενισχύσει την αντιληπτική αξία της υγείας στην Ελλάδα, μιας και οι πολίτες θα έχουν παροχές ανάλογες των εισφορών τους.
- ✓ Δεδομένης της οικονομικής κρίσης, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι δυνατόν να συνεχίσει να βασίζεται στις εισφορές των πολιτών, είναι αναγκαία σήμερα η ύπαρξη ιδιωτικής χρηματοδότησης, η οποία θα επιφέρει βελτίωση σε επίπεδο δομών και υποδομών.
- ✓ Είναι βασικό σήμερα να υπάρξει ένα πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των δομών υγείας με στόχο μέσα από την αξιολόγηση, να επέλθει η βελτίωση σε όποιο τομέα της υγείας θεωρηθεί αναγκαίο.
- ✓ Η βελτίωση των δομών υγείας θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τις τοπικές κοινωνίες, εκπαιδευτικούς, γονείς, συνδικαλιστές, εθελοντικές ενώσεις.
- ✓ Αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών ως βάση ανάπτυξης της λειτουργίας των δομών υγείας και ως μέσω βελτίωσης της απόδοσης τους.

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006) και σε σχέση με τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες, η αποζημίωση ενός νοσοκομείου βασίζεται εκ των προτέρων στην αποτελεσματική κοστολόγηση των νοσοκομειακών φροντίδων. Η κοστολόγηση εδώ προκύπτει από την ομαδοποίηση των ασθενειών σε ομάδες αλλά και την υποδιαίρεση αυτών σε διαγνωστικές κατηγορίες. Οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες των ασθενειών, χρησιμοποιούνται ως μέσω τυποποίησης όλων των περιπτώσεων των νοσηλευόμενων ασθενών, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ομάδα νοσοκομειακών προϊόντων, τα οποία αποζημιώνονται στη βάση των πόρων που είναι υποχρεωτικό να παραχθούν (Street, *et.al.*, 2011).

Σύμφωνα με τους Αλετράς, Μαρσαγγάνης και Νιάκας (2002) οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες βασίζονται στη διεθνή ταξινόμηση ασθενειών και χρησιμοποιούν εκτός από την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές ή τις επιμέρους ασθένειες που αναπτύσσονται στην περίπτωση καθενός ασθενούς, ακόμα χρησιμοποιούν δείκτες όπως το φύλλο, η ηλικία, η βαρύτητα της ασθένειας αλλά και η μέση διάρκεια νοσηλείας η οποία αποτελεί ένδειξη για την αξιοποίηση των διαφόρων πόρων.

Η υιοθέτηση ευρέως των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας, αναφέρεται σε συγκεκριμένους λόγους οι οποίοι είναι η επισταμένη και αποτελεσματική ανάπτυξη και περιγραφή της διάρθρωσης των περιστατικών νοσηλείας, η σύγκριση των δεδομένων που χαρακτηρίζουν τα νοσοκομεία μέσα στο χρόνο αλλά και ανά γεωγραφική περιοχή, η βάση αποτελεσμάτων διαμόρφωσης της πολιτικής της υγείας, η εξέταση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας, η μελέτη της ποιότητας των διαθέσιμων πόρων. Βάση των παραπάνω λόγων η μέθοδος των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων βοηθά στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρηματοδότηση και κατανομή των πόρων στον χώρο της υγείας.

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2007), η προτυποποίηση της διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας, η οποία αναπτύσσεται μέσα από τη παρούσα μέθοδο αποζημίωσης βοηθά σε μεγάλο βαθμό τους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και την πολιτεία, να αναγνωρίζουν από την αρχή το κόστος του προϊόντος το οποίο οφείλουν να αγοράσουν ώστε να επιτύχουν τη καλύτερη εξυπηρέτηση της υγείας των ασθενών.

Η χρήση των DRGs, βοηθά σε πολύ μεγάλο βαθμό τη διοίκηση των νοσοκομείων, στην αμεσότερη διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος αλλά και στην αποτελεσματικότερη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τους Street, *et.al*, (2011) η χρήση τους μεταμόρφωσε τη λογική των νοσοκομείων, τα οποία πλέον λαμβάνουν αρκετούς παράγοντες υπόψη τους προτού πάρουν μια απόφαση σε σχέση με τη διαδικασία της αποζημίωσης, παράγοντες όπως τη διάρθρωση του νοσοκομειακού προϊόντος, την κοστολόγηση, την τιμολόγηση, την οικονομική διοίκηση, την ασθένεια, και ευρύτερα τη βελτίωση της κερδοφορίας τους.

Το σημαντικότερο στοιχείο των DRGs είναι ο συσχετισμός μεταξύ της ιατρικής διοίκησης με τον οικονομικό σχεδιασμό. Η πρώτη εστιάζει στη σωστή διαχείριση του ασθενούς μέσω των πληροφοριών που αναφέρονται στον ιατρικό του φάκελο και το DRG του, η δεύτερη η χρηματοοικονομική διοίκηση αναφέρεται στην αποδοτική αξιοποίηση των πόρων ενώ συνάμα αξιολογεί την εικόνα του νοσοκομείου προς τα έξω.

Η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς βοηθά την ιατρό-κλινική απόφαση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών (Σούλης, 1998).

Η χρήση των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων θεωρείτε σήμερα πολύ ενεργητική σε σχέση με την εσωτερική άσκηση της διοίκησης, η οποία έχει τον έλεγχο στα διάφορα προϊόντα ενώ συγχρόνως καθορίζει και τη συμπεριφορά και λειτουργία του ιατρικού προσωπικού.

Σύμφωνα με τον Νιάκα (2013) στο άρθρο του «Ο κ. Υπουργός Υγείας, οι 52 επικουρικές κλίνες στο Αττικό και όχι μόνο» θίγει το θέμα το Νοσοκομείο Αττικών να διαθέτει τέσσερις αξονικούς τομογράφους. Κατά την άποψη του Νιάκα, η παρουσία τόσων πολλών αξονικών τομογράφων δημιουργεί δυο βασικά προβλήματα από τη μια η αποδοτικότητα και από την άλλη η προκλητή ζήτηση και η αύξηση των εισοδημάτων όσων διαχειρίζονται τους τομογράφους .

Το νοσοκομείο θα έχει αξονικούς τομογράφους, τους οποίους όμως δεν θα μπορεί να τους χρησιμοποιεί αποτελεσματικά με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε αυξημένα παράπονα από τους ασθενείς. Επιπροσθέτως η πολιτεία θα βρεθεί αντιμέτωπη με την ανάγκη να βρει τα μέσα να στηρίξει τη συγκεκριμένη υπηρεσία, χωρίς να αυξηθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα, η ισότητα και η πρόσβαση στην υγεία (Schmidt, 2008).

Το άλλο πρόβλημα σε σχέση με την αυξημένη παρουσία αξονικών τομογράφων στο Αττικό Νοσοκομείο είναι η προκλητή ζήτηση, δηλαδή θα ζητούνται από τους ασθενείς πολύ περισσότερες εξετάσεις από ότι πραγματικά χρειάζονται πράγμα που θα αυξήσει το κόστος των ταμείων, τα οποία θα είναι αναγκασμένα να καλύπτουν τις συγκεκριμένες εξετάσεις, τα δημόσια ταμεία αντιμετωπίζουν ήδη μεγάλο οικονομικό πρόβλημα, πράγμα που σημαίνει ότι δεν πρέπει να επιφορτιστούν ακόμα περισσότερο. Το επόμενο θέμα που αναφέρετε είναι το πρόβλημα πληρότητας στις ΜΕΘ, συγκεκριμένα ο κ. Νιάκας αναφέρει ότι η έλλειψη κλινών μπορεί να οδηγήσει στο αναπόφευκτο. Το θέμα που θίγεται εδώ είναι η πληρότητα, το οποίο συνεπικουρεί στη δημιουργία προβλημάτων ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Παπαγιαννόπουλο κ.α., (2008) η ανυπαρξία κλινών, μειώνει τη ποιότητα υπηρεσιών από τη πλευρά του Αττικού Νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να μειωθεί και η ικανοποίηση από τη παροχή των προσφερόμενων υπηρεσιών από τη πλευρά των ασθενών, πράγμα που θα τους στρέψει προς τις ιδιωτικές κλινικές, αυξάνοντας τη κερδοφορία του ιδιωτικού τομέα και επιβεβαιώνοντας την άποψη ότι στην Ελλάδα το σύστημα είναι περισσότερο ιδιωτικό παρά δημόσιο.

Τέλος παρόμοιου επιπέδου πρόβλημα είναι και ο μέσος όρος των επικουρικών κλινών, ο οποίος συνεχίζει να είναι αυξημένος στο Αττικό, συγκεκριμένα υπάρχουν 52 κλίνες. Οι επικουρικές κλίνες δηλώνουν ότι υπάρχουν πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται στους διαδρόμους, με αποτέλεσμα να μειώνεται σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης τους από τις παρούσες παρεχόμενες υπηρεσίες, οπότε όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα επιλέγουν να νοσηλευτούν σε ιδιωτικές κλινικές ενισχύοντας και πάλι τον ιδιωτικό τομέα, απαξιώνοντας το δημόσιο σύστημα υγείας.

Με αυτό τον τρόπο δημιουργούνται ασθενείς δύο τάξεων με βάση την οικονομική τους δυνατότητα αλλά και ένα σύστημα υγείας στην Ελλάδα περισσότερο ιδιωτικό παρά δημόσιο, επιβεβαιώνοντας ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας θα πρέπει να εστιάσει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του, προκειμένου να ξαναγίνει αποδοτικό και να μπορεί να καλύπτει αποτελεσματικά τις ανάγκες των Ελλήνων ασθενών, η συνεργασία ιδιωτικού με δημόσιου τομέα μπορεί να αποτελέσει μια ουσιαστική λύση για τη παρούσα δυσμενή κατάσταση στο χώρο της υγείας.

3.4 Προσβασιμότητα του Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τις αρχές που διατυπώνονται στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμα. Πρόκειται για μία από τις αρχές που υπογραμμίζει τη σημασία των διαφανών κριτηρίων για την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και την υποχρέωση των κρατών να διαθέτουν επαρκές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δεν αποκλείει τμήματα του πληθυσμού από τη λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (ΕΕ, 2014).

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι δύσκολο να μετρηθεί και δεν έχει καταγραφεί λεπτομερής μεθοδολογία σε αναλυτικό επίπεδο για την παρακολούθησή της και την προώθηση των βέλτιστων πρακτικών. Το γεγονός αυτό θα αποτελούσε σημαντικό βήμα έτσι ώστε να μειωθούν οι ανισότητες που υφίστανται στον τομέα της υγείας.

Η προσβασιμότητα ενός συστήματος εξαρτάται από τα κάτωθι :

Πληθυσμιακή κάλυψη

Σχεδόν σε όλα τα κράτη που είναι μέλη της ΕΕ ισχύει η καθολική ή σχεδόν καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης. Στα περισσότερα συστήματα υγείας η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται ως επί το πλείστον από δημόσιους πόρους. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λαμβάνει υπόψη της

παράγοντες όπως είναι το προσιτό κόστος, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και η έκταση και η κάλυψη του συστήματος υγείας.

Έκταση της κάλυψης

Κάθε κράτος μέλος της ΕΕ χρηματοδοτεί διαφορετικά τις θεραπείες υγειονομικής περίθαλψης, για παράδειγμα η οδοντιατρική περίθαλψη και ορισμένες προηγμένες θεραπείες δεν καλύπτονται στη Χώρα μας με αποτέλεσμα η οδοντιατρική δαπάνη να πραγματοποιείται σχεδόν εξ ολοκλήρου με ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλισμένων.

Προσιτό κόστος

Οι ασφαλισμένοι όλο και περισσότερο υποχρεώνονται να συμμετέχουν οικονομικά στην υπηρεσία που απαιτούν στις δαπάνες υγείας. Το γεγονός αυτό αποθαρρύνει και διασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν χρησιμοποιούνται αλόγιστα. Όμως τίθεται και το ζήτημα ότι το ποσοστό συμμετοχής δεν θα πρέπει να αποτελεί εμπόδιο ή να αποθαρρύνει τους πολίτες να λαμβάνουν την υγειονομική περίθαλψη που χρειάζονται.

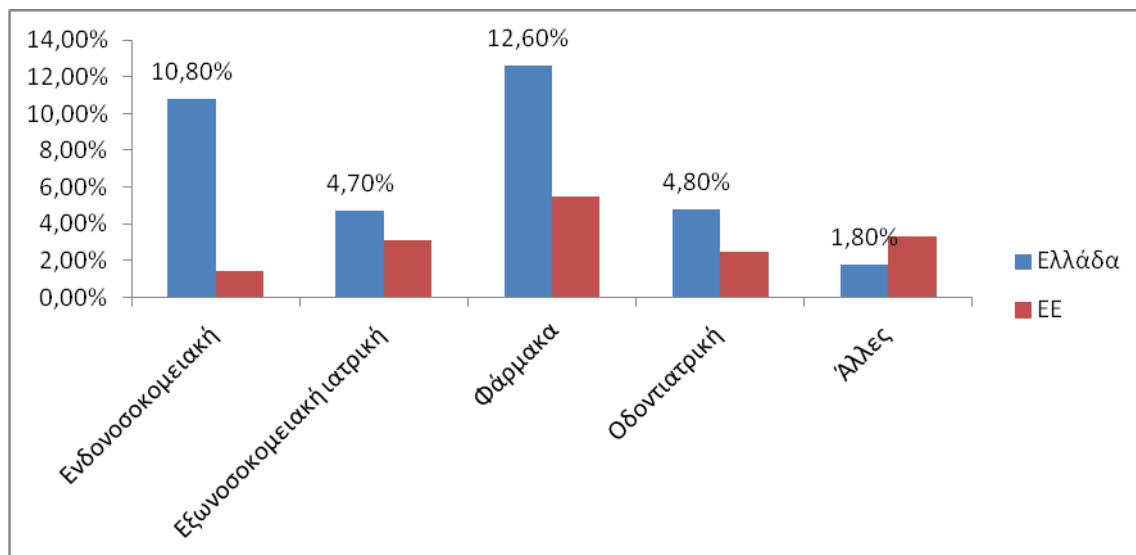
Τα μέτρα περιορισμού του κόστους που επιδιώκουν όλα τα κράτη μέλη στα συστήματα υγείας, αποσκοπούν στο να προωθήσουν την ορθολογικότερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δεν θα πρέπει να περιορίζουν την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και θεραπείες υψηλού κόστους. Οι εθνικές αποφάσεις για την τιμολόγηση και την επιστροφή εξόδων έχουν άμεσο και έμμεσο αντίκτυπο στην προσβασιμότητα στα φάρμακα σε όλη την ΕΕ: καινοτόμα προϊόντα δεν γίνονται πάντα διαθέσιμα ταυτόχρονα σε όλα τα κράτη μέλη και σε κάποιες χώρες ενδέχεται να μην διατίθενται καθόλου.

Διαθεσιμότητα

Ένα από τα σημαντικότερα μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί η γεωγραφική κατανομή της χώρας. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να αναγκάζονται να μετακινούνται πολύ μακριά από τον τόπο κατοικίας τους, το πρόβλημα αυτό είναι υπαρκτό σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Ούτε θα πρέπει να περιμένουν πάρα πολύ για πρόσβαση στην υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης που χρειάζονται με αποτέλεσμα να προσφεύγουν σε ιδιωτική παροχή περίθαλψης.

Αδιαμφισβήτητο γεγονός αποτελεί ότι οι Έλληνες συμμετέχουν με ιδιαίτερος υψηλό ποσοστό και στη συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη εκτός από την υγειονομική περίθαλψη και μάλιστα με υψηλότερο ποσοστό. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το

2017 η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ αμέσως μετά την Εσθονία όπου ήταν πρώτη στην κατάταξη. Ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Θετική εξέλιξη αποτελεί το γεγονός ότι κατά το έτος 2017 καταγράφηκε μείωση του συνολικού επιπέδου των μη καλυπτόμενων αναγκών μετά από έξι συναπτά έτη όπου σημείωνε αύξηση. Το κόστος αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που εμποδίζει το 10% των νοικοκυριών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.



Πηγή: <http://www.oecd.org/publications/2019-9552c910-el.htm>

Διάγραμμα 3.1

Διαγραμματική απεικόνιση των δαπανών σε Άμεσες Ιδιωτικές Πληρωμές ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2017

Στο διάγραμμα 3.1 αναλύεται το ποσοστό του 34,70 % που αποτελεί το σύνολο των δαπανών υγείας για άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στο έτος 2017, ενώ στην ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 15,80% και μπορεί να αποδοθεί στην προκλητή ζήτηση που υπάρχει στη χώρα μας. Αναλυτικότερα οι πληρωμές σε φάρμακα με ποσοστό 12,60% αποτελούν το υψηλότερο μερίδιο των δαπανών σε άμεσες και ιδιωτικές πληρωμές και ακολουθούν οι ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες με ποσοστό 10,80%. Αξιοσημείωτο ενδιαφέρον προκαλεί το συγκεκριμένο ποσοστό δεδομένου ότι η περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν.

Σύμφωνα με στοιχεία για τις καταστροφικές δαπάνες¹⁹ υγείας που υφίστανται τα νοικοκυριά προκύπτει ότι το ποσοστό των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχεται σε 12% ποσοστό αρκετά υψηλό για τη φτωχότερη εισοδηματική ομάδα (WHO, Regional Office for Europe, 2019b).

Όσον αφορά τα φάρμακα, τα μέτρα που ελήφθησαν για τη μείωση της κρατικής φαρμακευτικής δαπάνης οδήγησαν, εν μέρει, στη μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς: το μέσο ποσοστό επιμερισμού της φαρμακευτικής δαπάνης αυξήθηκε από 13 % το 2012 σε 18 % το 2013, και η μέση επιβάρυνση του ασθενούς ανά συνταγή αυξήθηκε κατά δύο τρίτα κατά την περίοδο από το 2011 έως το 2014 (Yfantopoulos, 2018).

Ανω των 2 εκατομμυρίων ατόμων είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη κατά τη διάρκεια της κρίσης είτε λόγω μακροχρόνιας ανεργίας είτε αδυναμίας πληρωμής των ασφαλιστικών τους εισφορών. Η λύση δόθηκε τον Αύγουστο του 2016 όπου και θεσπίστηκε με νόμο η καθολική κάλυψη υγείας για όλους τους Έλληνες πολίτες όπου μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις δημόσιες δομές.

3.5 Ανθεκτικότητα του Συστήματος Υγείας

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι απαραίτητο να παραμένουν δημοσιονομικά βιώσιμα έτσι ώστε να είναι ικανά να αντιμετωπίζουν οποιαδήποτε πρόκληση όπως αποτελεί στις μέρες μας η πανδημία COVID-19. Δηλαδή θα πρέπει να αναπτύσσουν ανθεκτικότητα την οποία και θα διατηρούν. Η ανθεκτικότητα²⁰ ενός συστήματος υγείας πρέπει να διαθέτει προσαρμοστικότητα στην αλλαγή του περιβάλλοντος με εφαρμογή καινοτόμων λύσεων για την αντιμετώπιση των μεγάλων προκλήσεων (ΕΕ, 2014).

Τον Αύγουστο του 2018 , η χώρα μας εξήλθε από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής όπου είχαν τεθεί ρηξικέλευθες μεταρρυθμίσεις σχετικά με τις δαπάνες υγείας. Η κυβέρνηση συνέχισε να διατηρεί ως ανώτατο όριο των δημόσιων δαπανών

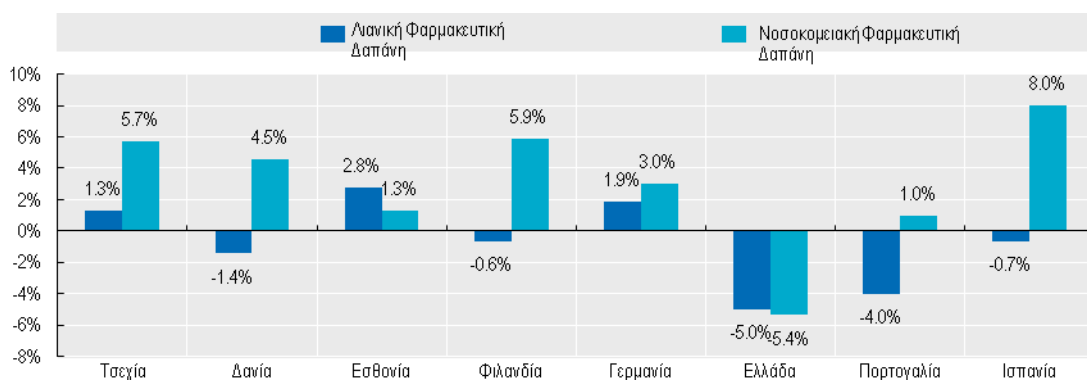
¹⁹«Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών που υπερβαίνουν το 40% των συνολικών τους δαπανών, αφού έχουν αφαιρεθεί οι δαπάνες για ανάγκες διαβίωσης», Προφίλ Υγείας 2019.

²⁰«Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αιφνίδιους κλυδωνισμούς ή κρίσεις», Προφίλ Υγείας 2019.

για την υγεία το 6 % του ΑΕΠ καθώς οι υποχρεώσεις που συνεχίζει να έχει η Ελλάδα μετά την έξοδό της από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής απαιτούν έως το 2022 να έχει διατηρηθεί το πλεόνασμα του προϋπολογισμού στο 3,5%. Ως απόρροια των ανωτέρω η αύξηση των δημόσιων τακτικών δαπανών για την υγεία εξαιρούμενων των δαπανών που αφορούν την πανδημία COVID-19 θα συνεχίσει να δεσμεύεται από δημοσιονομικούς περιορισμούς.

Το Υπουργείο Υγείας μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους επέβαλε όρια δαπανών στους προϋπολογισμούς των εποπτευόμενων φορέων του κατά το έτος 2013 με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εμπόδια στην προμήθεια των υλικών. Πλέον για κάθε προμήθεια πρέπει να διαθέτεις την ανάλογη πίστωση σύμφωνα με την εφαρμογή του Μητρώου Δεσμεύσεων ΠΔ 113/2010. Η επιβολή του clawback και του rebate οδήγησε στην αύξηση των ορίων του προϋπολογισμού για την προμήθεια φαρμακευτικού υλικού καθώς υπήρχε ισοσκελίση των εσόδων και των εξόδων.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και η αύξηση του ποσοστού των γενοσήμων ευνοεί την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Το 2010 η Ελλάδα σπαταλούσε 4,8 δισ. ευρώ σε αγορές φαρμάκων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, και κατείχε ως ποσοστό του ΑΕΠ την υψηλότερη θέση στην ΕΕ. Στη συνέχεια, μέσω των μεταρρυθμίσεων παρουσιάστηκε αξιόλογη πτώση της τάξεως των 700 εκατ. ευρώ ετησίως καταλήγοντας στα 2 δισ. ευρώ το 2014 όπου και παραμένουν σταθερές και πλησίον του μέσου όρου της ΕΕ.



Πηγή: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Διάγραμμα 3.2

Ετήσια μέση αύξηση της λιανικής και νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, 2008-18

Κατά την δεκαετία από το 2008 έως το 2018 η Ελλάδα παρουσίασε μείωση 5% στην λιανική φαρμακευτική δαπάνη και υψηλότερη μείωση της τάξης του 5,4% στην νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.2 η Ελλάδα ήταν η μοναδική χώρα που κατέγραψε μείωση στην νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη όπως αποτυπώνεται παραπάνω.

Ο εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης είναι αποτέλεσμα μιας σειράς μεταρρυθμίσεων όπως είναι η μείωση της τιμής χονδρικής πώλησης των φαρμάκων βάσει της τιμολόγησης αναφοράς, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τις διεθνείς κοινόχρηστες ονομασίες (ΔΚΟ) και η χρήση από τους φαρμακοποιούς των γενοσήμων φαρμάκων στην εκτέλεση των ιατρικών συνταγών. Στο έτος 2017 πραγματοποιήθηκε προσπάθεια να αυξηθεί το ποσοστό των γενοσήμων και να ανέλθει στο 60% επί του μεριδίου των συνταγών ΔΚΟ για εξωνοσοκομειακά φάρμακα. Το μερίδιο των γενοσήμων ανήλθε στο 27% στο 2017 σε σχέση με το 18,5% που ήταν το 2012, παραμένοντας μακριά από το στόχο και κατέχοντας ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ.

Μια νέα μεταρρύθμιση είναι η δημιουργία του νέου μηχανισμού Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας που ιδρύθηκε το 2018 με σκοπό να αναθεωρήσει τις τιμές και τα προϊόντα των αποζημιούμενων φαρμάκων που περιλαμβάνονται στον κατάλογο. Μέσω ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδίου κάθε χώρα οφείλει να λαμβάνει υπόψη της, τις παρούσες και τις μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, να ορίζει την κατάλληλη στρατηγική και να συνεχίζει να εποπτεύει τις υπάρχουσες μεταρρυθμίσεις και τις επιπτώσεις τους.

3.6 Σχέση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Απόδοσης Συστήματος

Η ολοκλήρωση της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα αποτελέσει το εφαλτήριο για ένα αποδοτικό σύστημα υγείας. Στόχος είναι να δημιουργηθεί ένας μηχανισμός με υποχρεωτική παραπομπή στους ειδικούς ιατρούς (gatekeeping)²¹ μέσω του οικογενειακού ιατρού.

²¹«Η επίσκεψη σε ειδικό γιατρό μόνο με παραπεμπτικό από τον οικογενειακό».
<https://www.moh.gov.gr>



Πηγή : WHO, Regional Office for Europe (2019a)

Σχήμα 3.1

Οι επενδύσεις του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου για την πρωτοβάθμια φροντίδα

Κατά το έτος 2017, μέσω των περιφερειακών αρχών χρηματοδοτήθηκε η υλοποίηση της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο. Το υψηλότερο ποσοστό που χρηματοδοτήθηκε από το ΕΚΤ ανήλθε σε 21,8 κατά κεφαλήν δαπάνη σε ευρώ κατά τους πρώτους έξι μήνες του 2018 ήταν στην περιφέρεια Βορείου Αιγαίου προφανώς λόγω των αυξημένων μεταναστευτικών ροών. Ακολούθησε η περιφέρεια της Κρήτης με 12,4 και η περιφέρεια της Ηπείρου με 10,1.

Έως το έτος 2019 λειτουργούσαν 127 τοπικές μονάδες υγείας σε σχέση με τις 239 που έχουν σχεδιαστεί για όλη τη χώρα. Μείζον πρόβλημα αποτελεί η αύξηση του αριθμού των ιατρών που στελεχώνουν τις μονάδες υγείας καθώς πολλοί γενικοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα θεωρούν τους συμβατικούς όρους εντός του ΕΟΠΥΥ λιγότερο ευνοϊκούς (European Commission, 2019a).

3.7 Ανακεφαλαίωση

Η παραπομπή της Ελλάδας στην Τρόικα δημιούργησε την ανάγκη να παρακολουθούνται από το Υπουργείο Υγείας πολλαπλοί δείκτες υγείας και συνιστώσες

της απόδοσης του συστήματος υγείας ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων. Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρόκληση, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σημάδια επιδείνωσης παρουσίασε η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες αιτίες. Σε αντίθεση η προλαμβανόμενη θνησιμότητα παρόλο τα χαμηλά ποσοστά πρόληψης της χώρα μας παραμένει χαμηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ. Σχετικά με την προσβασιμότητα, αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι ένα στα δέκα νοικοκυριά υφίσταται καταστροφικές δαπάνες υγείας και η πρακτική των άτυπων πληρωμών εξακολουθεί να υπάρχει παρόλο την οικονομική κρίση.

Καθοριστική σημασία για την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας αποτελεί η επαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, και η ολοκλήρωση της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας που θα αποτελέσει εφαλτήριο για την καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Μέσω ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδίου κάθε χώρα οφείλει να λαμβάνει υπόψη της, τις παρούσες και τις μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, να ορίζει την κατάλληλη στρατηγική και να συνεχίζει να εποπτεύει τις υπάρχουσες μεταρρυθμίσεις και τις επιπτώσεις τους, έτσι ώστε να επιτυγχάνει.

Κεφάλαιο 4^ο

Ερευνητική μεθοδολογία

4.1 Εισαγωγή

Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του παρόντος θέματος σχετίζονται με την ανάγκη βελτίωσης της λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρας. Το σύστημα αυτό παρότι οι Έλληνες πληρώνουν πολύ μεγάλα ποσά στο κράτος είναι από τα πρώτα που επηρεάζεται σε καταστάσεις κρίσης της χώρας. Το παρόν θέμα σήμερα καθίσταται ακόμα πιο σημαντικό γιατί είναι φανερό ότι σε μια περίοδο πανδημίας όπως συντρέχει τώρα το πρώτο που θα πρέπει να είναι ανθεκτικό είναι το σύστημα υγείας μιας χώρας.

Δυστυχώς αυτό δεν ισχύει για το ελληνικό σύστημα υγείας το οποίο βρέθηκε σήμερα αποδυναμωμένο λόγω της κρίσης που βίωσε με αποτέλεσμα να είναι υποστελεχωμένο και να προσπαθεί εναγωνίως να αντιμετωπίσει την πανδημία με όσα ελλιπή μέσα διαθέτει. Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκε έρευνα στο ΠΓΝ Αττικών υπό το πρίσμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναφερθούμε διεξοδικά στο ΠΓΝ Αττικών σε πληροφοριακά στοιχεία που σχετίζονται με σύστασή του, αλλά και σε οικονομικά στοιχεία. Επίσης γίνεται αναφορά σε λειτουργικούς δείκτες του Νοσοκομείου πριν και μετά την κρίση. Αποτυπώνονται και οικονομικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για τα ίδια διαστήματα προκειμένου τα συμπεράσματα της έρευνας να μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο των Νοσοκομείων. Επίσης παρουσιάζεται ο σχεδιασμός της μελέτης και η μέθοδος που ακολουθήθηκε.

4.2 Μελέτη Περίπτωσης ΠΓΝ «Αττικών»

Το Νοσοκομείο ιδρύθηκε με το Π.Δ. 200/9-8-2000, «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου με την επωνυμία «Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής» (ΦΕΚ 180/Α/00), ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με έδρα το Δήμο Χαϊδαρίου Αττικής. Με βάση την απόφαση Υ4α/οικ ΓΠ48692/17-5-02 μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αθήνας «ΑΤΤΙΚΟΝ» (Υπουργία Α. Παπαδόπουλου) και εν συνέχεια με την Υπουργική Απόφαση (Κ. Στεφανή) Υ4 α/οικ. 37171/2003 ως ΠΓΝ «Αττικών» (ΦΕΚ 470/18-04-2003) όπου και παραμένει η ονομασία του έως σήμερα.

Κτίστηκε σε οικοπέδο του Στρατοπέδου Χαϊδαρίου (ΚΕΔΒ), το οποίο είχε έκταση 105.647 τ.μ. και παραχωρήθηκε το 1990 στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας από τον τότε Υπουργό Εθνικής Άμυνας Ι. Βαρβιτσιώτη. Η παραχώρηση ολοκληρώθηκε το 1994 σύμφωνα με τα παραχωρητήρια ΑΒΚ 2530 και 2532.

Το 1993 πραγματοποιήθηκε η πρώτη ένταξη σε Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (ΚΠΣ). Με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.2565/Φ.14/133/16-3-93 Υπουργική Απόφαση ανατέθηκε στην κατασκευαστική εταιρεία νοσηλευτικών μονάδων του δημοσίου η διαδικασία μελέτης, κατασκευής, προμήθειας και εγκατάστασης του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού. Η ένταξη στο Β' ΚΠΣ, από όπου και χρηματοδοτήθηκε το έργο, έγινε επί υπουργίας του αείμνηστου Δημητρίου Κρεμαστινού το 1994. Το έργο είχε αρχικό προϋπολογισμό ύψους 24.000.000,00 € και προγραμματιζόταν να παραδοθεί σε 4,5 χρόνια.

Ο θεμέλιος λίθος πραγματοποιήθηκε από τους συναρμόδιους υπουργούς Υγείας Δ. Κρεμαστινού και Παιδείας Γ. Παπανδρέου στις 21/6/1995. Το συνολικό κόστος κατασκευής του νοσοκομείου προσέγγισε τα 28.500.000,00 € και παραδόθηκε προς λειτουργία μετά το πρώτο εξάμηνο του 2002. Η παραλαβή ολοκληρώθηκε 1 Μαρτίου του 2003. Ακολούθησαν οι πρώτες αποφάσεις μετεγκατάστασης και εγκατάστασης πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών που δημοσιεύτηκαν στο ΦΕΚ 523/ Β/ 5-5-03 από άλλα Νοσοκομεία καθώς και του προσωπικού τους.

Το ΠΓΝ Αττικών έχει προσδώσει νέα δυναμική στον υγειονομικό χώρο της περιοχής και διαδραματίζει πλέον κυρίαρχο ρόλο τόσο στην περιοχή ευθύνης του όσο και σε ολόκληρη τη χώρα. Ο βασικός στρατηγικός του στόχος όπως απορρέει από το όραμα του και την αποστολή του, είναι η ανάπτυξη μιας νοσοκομειακής μονάδας που να αποτελεί κέντρο αριστείας εφαρμόζοντας τις βέλτιστες κλινικές πρακτικές από το πλέον εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό του σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς, με βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων του.

Το ΠΓΝ «Αττικών» εποπτεύεται από την 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, η οποία έχει υπό τον έλεγχο της είκοσι δύο Νοσοκομεία με το μεγαλύτερο σε δυναμικότητα να είναι το Αττικών. Επιπλέον έχει υπό την ευθύνη της τριάντα δύο Κέντρα Υγείας και εκατόν τριάντα επτά Περιφερειακά Ιατρεία. Η 2η Υγειονομική Περιφέρεια, έχει την ευθύνη για το 11% του πληθυσμού της χώρας, εποπτεύει το 15,3% των νοσοκομείων, το 12,7% των Κέντρων Υγείας και το 9,55% των Περιφερειακών Ιατρείων της ελληνικής επικράτειας.

Καλύπτει τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής της Δυτικής Αττικής , σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος) υπολογίζον το σύνολο του πληθυσμού σε 578.865 κατοίκους. Το Νοσοκομείο διοικείται από τον Διοικητή ο οποίος είναι και πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου.

Πίνακας 4.1

Διευθύνσεις – Αυτοτελή Τμήματα ΠΓΝ «Αττικών»



Πηγή: <https://www.attikonhospital.gr>

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.1 το Νοσοκομείο απαρτίζεται από την Διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας η οποία εποπτεύει τους κάτωθι τομείς , εργαστήρια και τμήματα:

- ❖ Παθολογικός Τομέας
- ❖ Χειρουργικός Τομέας
- ❖ Παιδιατρικός Τομέας
- ❖ Ψυχιατρικός Τομέας
- ❖ Εργαστηριακός Τομέας
- ❖ Τομέας Ιατρικής Απεικόνισης

Στη λειτουργία του Νοσοκομείου συμβάλλει η Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας η οποία υποδιαιρείται σε επτά Νοσηλευτικούς Τομείς :

- Α' Νοσηλευτικός Τομέας
- Β' Νοσηλευτικός Τομέας
- Γ' Νοσηλευτικός Τομέας
- Δ' Νοσηλευτικός Τομέας
- Ε' Νοσηλευτικός Τομέας
- ΣΤ' Νοσηλευτικός Τομέας
- Ζ' Νοσηλευτικός Τομέας

Ακολούθως στη λειτουργία του Νοσοκομείου συμβάλλει η Διεύθυνση της Διοικητικής Οικονομικής Υπηρεσίας η οποία υποδιαιρείται σε τρεις υποδιευθύνσεις :

- ❖ Υποδιεύθυνση Οικονομικού
- ❖ Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- ❖ Υποδιεύθυνση Πληροφορικής

Η Διεύθυνση της Τεχνικής Υπηρεσίας υποδιαιρείται σε τρία τμήματα ως ακολούθως:

- Τμήμα Μηχανολογικού και Ηλεκτρολογικού Εξοπλισμού
- Τμήμα Κτιριακών και Ξενοδοχειακών Εγκαταστάσεων
- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

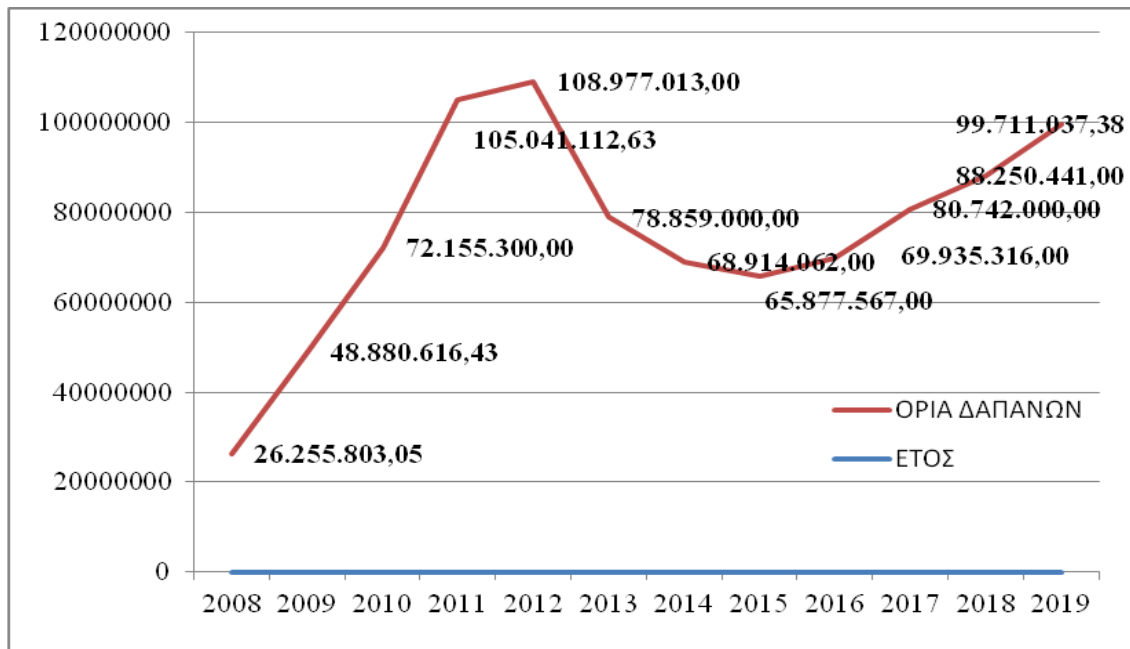
Το ΠΓΝ «Αττικών» αποτελεί πλέον ένα πλήρες κέντρο ολοκληρωμένης τριτοβάθμιας περίθαλψης με 676 ανεπτυγμένες κλίνες, που συνεχώς αναπτύσσεται. Κατά την περίοδο της κρίσης ο προϋπολογισμός του Νοσοκομείου συρρικνώθηκε κυρίως με την εφαρμογή των ορίων των δαπανών κατά το έτος 2013. Τα όρια δαπανών καθορίζονται από το Υπουργείο Οικονομικών και διανέμονται μέσω του Υπουργείου Υγείας προς τις ΔΥΠΕ οι οποίες τα κατανέμουν προς τα νοσοκομεία ευθύνης τους.

Πίνακας 4.2

Προϋπολογισμός ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019

ΕΤΟΣ	Προϋπολογισμός (Όρια Δαπανών)
2008	26.255.803,05
2009	48.880.616,43
2010	72.155.300,00
2011	105.041.112,63
2012	108.977.013,00
2013	78.859.000,00
2014	68.914.062,00
2015	65.877.567,00
2016	69.935.316,00
2017	80.742.000,00
2018	88.250.441,00
2019	99.711.037,38

Πηγή: ίδια επεξεργασία, (2020)



Πηγή: ίδια επεξεργασία, (2020)

Διάγραμμα 4.1

Διαγραμματική Απεικόνιση του Προϋπολογισμού του ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019

Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα 4.2 κομβικό σημείο μείωσης των προϋπολογισμών ήταν το έτος 2013 όπου και καθορίστηκαν τα όρια δαπανών στους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων. Η αύξηση από το έτος 2008 έως το έτος 2012 ανερχόταν σε 315,06%. Αντίστοιχα η μεγαλύτερη μείωση από το έτος 2012 έως το έτος 2015 ανήλθε σε - 39,55% .

Πίνακας 4.3
Συνολικές Αγορές ανά Υγειονομική Περιφέρεια 2013-2019

ΕΤΟΣ	1η ΥΠΕ	2η ΥΠΕ	3η ΥΠΕ	4η ΥΠΕ	5η ΥΠΕ	6η ΥΠΕ	7η ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ
2013	619.065.446,50	347.483.928,81	218.092.998,98	233.031.568,86	133.984.160,99	276.843.710,56	124.266.279,61	1.952.768.094,31
2014	579.177.696,46	314.817.090,48	208.711.512,88	208.625.073,80	126.451.953,24	246.794.792,79	117.878.883,92	1.802.457.003,57
2015	530.710.369,85	319.442.196,48	196.896.733,73	211.406.928,83	112.158.530,73	228.661.838,98	109.933.272,30	1.709.209.870,90
2016	606.744.866,33	330.977.667,36	204.471.204,97	251.294.366,07	124.627.090,18	254.695.884,03	127.944.140,45	1.900.755.219,39
2017	628.848.419,13	332.387.086,00	225.255.850,89	263.510.957,36	139.447.068,14	266.105.877,55	139.794.939,31	1.995.350.198,38
2018	647.429.396,97	345.125.655,32	229.808.221,96	280.485.247,37	137.232.316,93	280.604.107,52	151.841.149,30	2.072.526.095,37
2019	767.145.645,08	369.786.707,20	270.416.605,21	296.721.607,20	151.487.836,78	317.519.875,89	164.369.747,79	2.337.448.025,15

Πηγή : <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/oikonomika-stoixeia/>

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία που αντλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας επιβεβαιώνονται οι μειώσεις που αποτυπώνονται στον Προϋπολογισμό του Αττικών, καθώς ο πίνακας 4.3 απεικονίζει ότι το 2015 το Υπουργείο Υγείας κατέγραψε τις χαμηλότερες αγορές ποσού 1.709.209.870,90 €. Η μείωση από το 2013 στο 2015 ανήλθε σε - 12,47% και η υψηλότερη αύξηση από το έτος 2015 έως το έτος 2019 ανήλθε σε 36,76%. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνονται στοιχεία με δείκτες υγείας για την αντίστοιχη περίοδο 2008 έως 2019.

Πίνακας 4.4
Λειτουργικοί Δείκτες Υγείας ΠΓΝ «Αττικών» 2008 - 2019

ΕΤΟΣ	ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕ Σ ΚΑΙΝΕΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΙΝΗΣΗ ΔΙΑΓΝ/ΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤ/ΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣ ΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΕΛΘΕΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ
2008	645	38.480	181.484	2.526.143	6.706	25.768	2.147
2009	626	43.189	209.733	2.841.785	7.734	32.059	2.672
2010	612	45.020	199.673	2.775.291	8.523	31.350	2.613
2011	618	56.299	229.558	2.727.614	9.821	66.050	5.504
2012	643	59.409	247.543	2.932.964	10.228	76.284	6.357
2013	661	50.108	183.675	2.807.191	4.715	74.855	6.238
2014	632	50.095	214.910	2.837.355	4.337	74.390	6.199
2015	643	55.506	216.060	2.945.965	4.208	73.049	6.087
2016	644	53.395	213.441	3.176.215	7.367	74.389	6.199
2017	671	59.640	229.694	3.289.648	8.997	76.751	6.396
2018	669	63.324	237.109	3.735.989	9.012	79.756	6.646
2019	676	68.399	238.876	4.062.709	8.706	77.121	6.427

Πηγή: ίδια επεξεργασία, (2020)

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 4.4 από το έτος 2013 έως το 2015 οι δείκτες υγείας αποτυπώθηκαν σε χαμηλότερα νούμερα έχοντας υποστεί μειώσεις. Συγκεκριμένα από το έτος 2012 στο έτος 2013 όπου καταγράφεται υψηλή μείωση στον προϋπολογισμό έχουμε αύξηση των κλινών κατά 2,80%, μείωση των εισαγωγών -15,66%, μείωση στις ημέρες νοσηλείας - 25,80%, μείωση στην διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις - 4,29%, μείωση στις χειρουργικές επεμβάσεις -53,90%, μείωση στον αριθμό των προσελθέντων στην εφημερία -1,78% και το ίδιο και στο μέσο όρο. Η μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων δύναται να συνδεθεί με την οικονομική κρίση και την μείωση στον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

4.3 Σχεδιασμός Μελέτης

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί τη φιλοσοφία του θετικισμού δεδομένου ότι προέβη στη μελέτη γεγονότων που βασίζονται σε λογικά επιχειρήματα και σε λογικές υποθέσεις. Παράλληλα η έρευνα διακρίνεται για την αντικειμενικότητά της και αποσκοπεί να οδηγηθεί σε αντικειμενικά αποτελέσματα. Η έρευνα στηρίχθηκε σε στοιχεία από άλλες παρεμφερείς βιβλιογραφικές και εμπειρικές μελέτες, μελετήθηκαν σχετικά με το υπό εξέταση θέμα άρθρα ενώ χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προκειμένου η έρευνα να καταλήξει σε αντικειμενικά και ασφαλή συμπεράσματα (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκε η παραγωγική προσέγγιση όπου ο ερευνητής από ένα γενικό ζήτημα, όπως είναι η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κατέληξε σε ένα συγκεκριμένο, ειδικό θέμα όπως είναι η μείωση των δαπανών υγείας σε συγκεκριμένο νοσοκομείο και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Η ερευνητική στρατηγική που υιοθετήθηκε στην παρούσα έρευνα αφορά στην επισκοπική έρευνα, δηλαδή σε μια έρευνα που πραγματοποιείται για να συλλεχθούν πρωτογενή στοιχεία (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Το είδος της έρευνας που διεξήχθη στην παρούσα μελέτη ήταν έρευνα συμπερασματική, δεδομένου ότι χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική και βάση αυτής εξήχθησαν συμπεράσματα (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Η ερευνητική μέθοδος που διεξήχθη ήταν η ποσοτική έρευνα. Η ποσοτική έρευνα ήταν αυτή στην οποία χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά εργαλεία προκειμένου να αναλυθούν τα αποτελέσματα της. Η ποσοτική έρευνα έγινε κυρίως με το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα ειδικό έντυπο το οποίο εμπεριέχει

συνήθως τυποποιημένες ερωτήσεις για τη συλλογή συγκεκριμένων στοιχείων. Αποτελεί την πιο δημοφιλή μέθοδο συλλογής πρωτογενών στοιχείων (Creswell, 2013).

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο σε κάθε δειγματοληπτική έρευνα. Είναι το πιο διαδεδομένο είδος έρευνας στις επιστήμες διοίκησης και οικονομίας και στις κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες εφαρμόζονται σε όλους τους σχετικούς ερευνητικούς τομείς και διακρίνονται τόσο για την ευκολία της ανάλυσης των δεδομένων που προκύπτουν όσο και για την ευκολία εξαγωγής συμπερασμάτων (Χαλικιάς κ.α., 2015).

4.4 Μέθοδος δειγματοληψίας

Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε αφορούσε στη διαδικασία επιλογής δείγματος μέσω της σκόπιμης δειγματοληψίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος κατέληξε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα το οποίο ήταν μεγάλο σε αριθμό και καταστύχε τα αποτελέσματα της έρευνας έγκυρα και αξιόπιστα επομένως μπορούσαν να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι Τομάρχες, οι Προϊσταμένες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» καθώς και οι αναπληρωτές τους. Το πλήθος των συγκεκριμένων ατόμων ανέρχεται στα 90 άτομα , επομένως συμμετείχε στην έρευνα το 95,55% με το υπόλοιπο ποσοστό να απουσιάζει αιτιολογημένα σε μακροχρόνια άδεια.

Η συλλογή της πρωτογενούς πληροφορίας της έρευνας έγινε με ειδικό , ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο χωρισμένο σε τέσσερις ενότητες. Οι 23 ερωτήσεις ήταν κυρίως κλίμακας Likert με πέντε πιθανές απαντήσεις. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μορφής ερωτήσεων είναι ότι χρησιμοποιείται εποικοδομητικά και αποτελεσματικά ο χώρος και είναι γρήγορη η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Χαλικιάς , κ.α. 2015).

Η αποστολή του ερωτηματολογίου προς όλα τα Νοσηλευτικά Τμήματα έγινε είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου είτε μέσω της πρώην μου συναδέλφου Φανίτσας Λουκά η οποία ανέλαβε και τη συμπλήρωσή του από τους αρμοδίους με απόλυτη επιτυχία ώστε το δείγμα να καταστεί αξιόπιστο. Να αναφέρουμε ότι το ΠΓΝ Αττικόν αποτελεί Νοσοκομείο Αναφοράς COVID-19 και υπάρχουν αυστηρά μέτρα προστασίας. Η συμμετοχή των υπαλλήλων ήταν εθελοντική και ανώνυμη διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

4.5 Ερευνητικές Υποθέσεις

Με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε εξετάστηκαν οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις οι οποίες είναι σύμφωνες με τη δομή του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα αναφέρονται στη μείωση των δαπανών υγείας, στην ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται, στην αποδοτικότητα των ιδίων αλλά και του Νοσοκομείου και στην άποψη τους σχετικά με τη μείωση των δαπανών υγείας.

- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν την άποψη τους αναφορικά με την μείωση του προϋπολογισμού, την επάρκεια της χρηματοδότησης, την έλλειψη των υλικών, την πρόσληψη μόνιμου προσωπικού και την υποστελέχωση του Νοσοκομείου.
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν την ικανοποίηση των ερωτηθέντων σχετικά με την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο και που προσφέρουν οι ίδιοι.
- Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, επηρεάζει τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη μείωση των δαπανών υγείας και την επίδραση τους ως προς την υγεία του ασθενούς.

4.6 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάστηκε η μελέτη περίπτωσης της έρευνας το ΠΓΝ Αττικών το οποίο είναι το μεγαλύτερο Νοσοκομείο στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου όπου και εποπτεύεται. Καταγράφηκε ότι η αύξηση του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου από το έτος 2008 έως το έτος 2012 ανερχόταν σε 315,06%. Αντίστοιχα η μεγαλύτερη μείωση από το έτος 2012 έως το έτος 2015 ανήλθε σε - 39,55% . Η τοποθέτηση από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους να τοποθετήσει όρια επί των δαπανών στους προϋπολογισμούς των Φορέων Υγείας αποδείχτηκε καθοριστικός παράγοντας για τη μείωση των δαπανών υγείας , καθώς δεν μπορούσαν να προμηθευτούν εφόσον δεν διέθεταν τις ανάλογες πιστώσεις.

Αναφερθήκαμε ότι πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα η οποία στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 23 ερωτήσεις κλίμακας Likert. Στην έρευνα συμμετείχε το 95,55% επί του συνόλου που υπηρετεί σε θέση ευθύνης στη Νοσηλευτική Υπηρεσία γεγονός που καθιστά την έρευνα αξιόπιστη.

Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα Έρευνας

5.1 Εισαγωγή

Στην παρούσα έρευνα, διερευνήθηκαν οι απόψεις εργαζομένων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών» αναφορικά με την συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο τεσσάρων ενοτήτων, όπου αναλύονται τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, η μείωση των δαπανών υγείας στο νοσοκομείο, η μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με την υγεία του ασθενούς και η επιρροή της μείωσης αυτής στην αποδοτικότητα του νοσοκομείου.

Για τις ερωτήσεις αυτές παρουσιάζονται πίνακες με ποσοστά κατανομής για την κάθε απάντηση καθώς και αντίστοιχα σχήματα. Στο παρόν κεφάλαιο αναφερόμαστε και στην επαγωγική στατιστική και συγκεκριμένα στα παραμετρικά Kruskal-Wallis και Mann-Whitney και το μη παραμετρικό t-test τα οποία και χρησιμοποιήθηκαν στα αποτελέσματα της έρευνας. Επιπροσθέτως έγινε χρήση και του γραμμικού συντελεστή συσχέτισης Pearson .

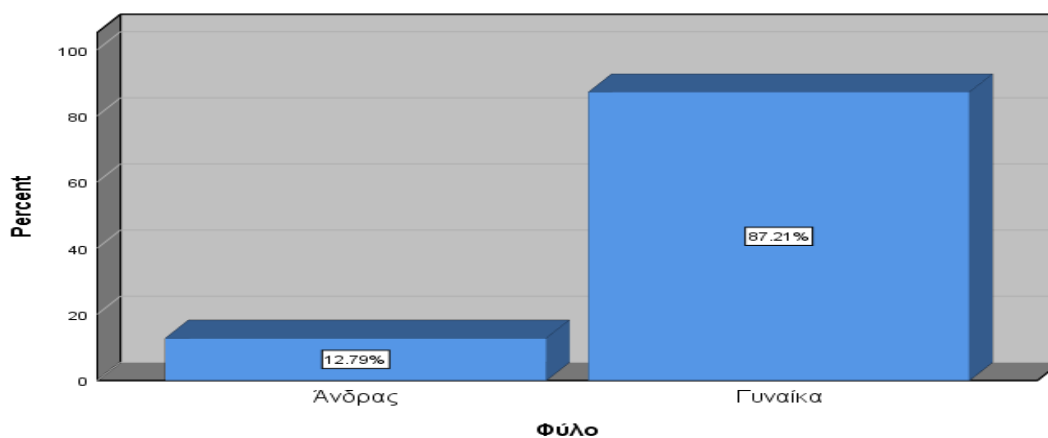
5.2 Προσωπικά Στοιχεία

Στην πρώτη ενότητα, παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 5.1

Φύλο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	11	12.8	12.8
	Γυναίκα	75	87.2	100.0
	Total	86	100.0	



Σχήμα 5.1

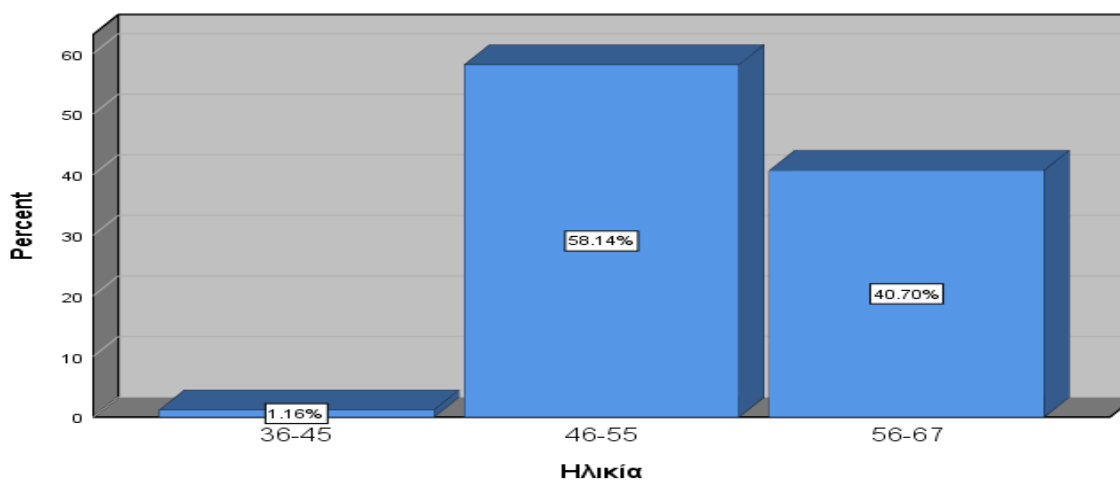
Φύλο

Στην ερώτηση που αφορά το φύλο των ερωτηθέντων στον πίνακα 5.1 και το αντίστοιχο διάγραμμα 5.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όπου το 87,21% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες, ενώ το 12,79% καταλαμβάνουν οι άνδρες. Το ποσοστό της αποτύπωσης καταδεικνύει ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι υπηρετούντες στη Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι γυναίκες.

Πίνακας 5.2

Ηλικία

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36-45	1	1.2	1.2
	46-55	50	58.1	59.3
	56-67	35	40.7	100.0
	Total	86	100.0	



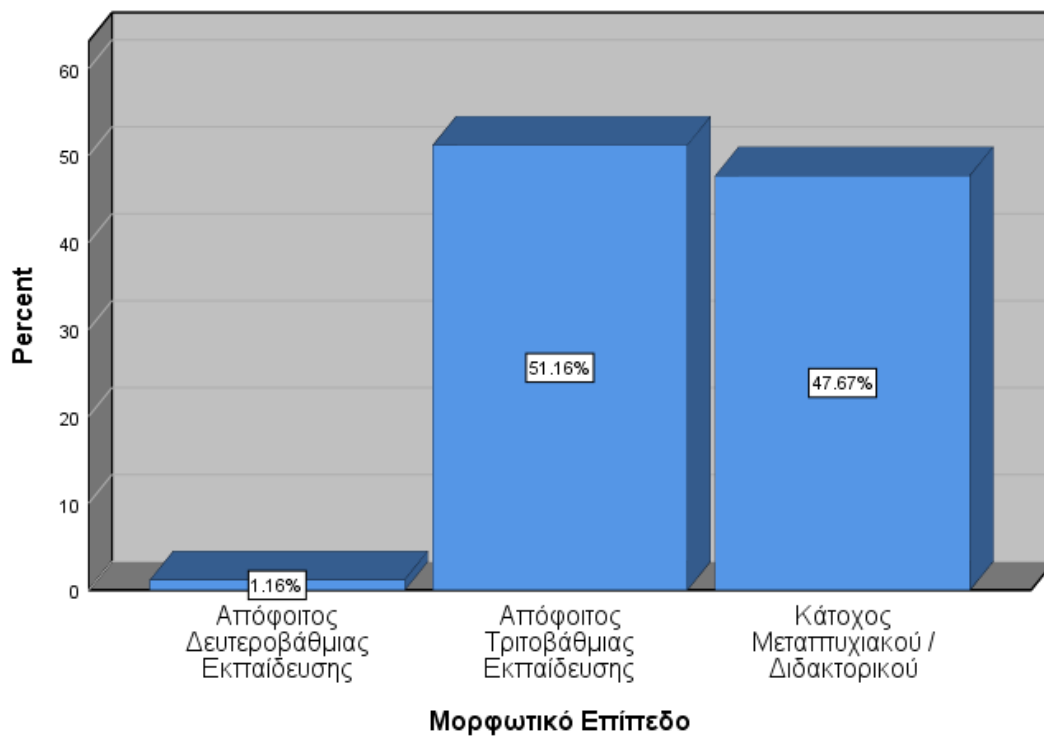
Σχήμα 5.2

Ηλικία

Από τον Πίνακα 5.2 και το Σχήμα 5. 2, παρατίθεται η ηλικία των συμμετεχόντων. Το 58,14% καταλαμβάνουν οι ερωτηθέντες ηλικίας από 46 έως 55 ετών, το 40,70% αγγίζουν όσοι είναι από 56 έως 67 ετών, ενώ μόνο το 1,16% του δείγματος αγγίζουν όσοι ερωτηθέντες είναι από 36 έως 45 ετών. Το ποσοστό καταδεικνύει ότι η παραγωγική ηλικία των 56-67 υπηρετεί κατά πλειοψηφία στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Πίνακας 5.3
Μορφωτικό Επίπεδο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	1	1.2	1.2
	Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης	44	51.2	52.3
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	41	47.7	100.0
	Total	86	100.0	



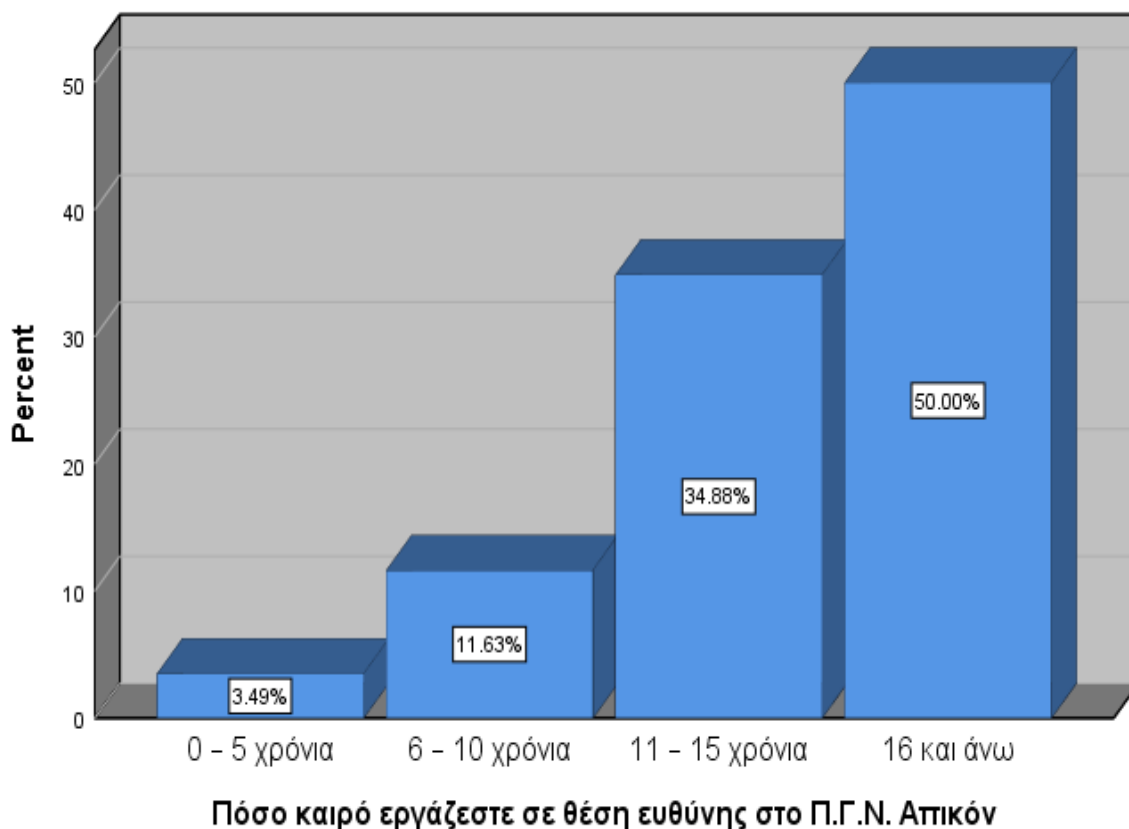
Σχήμα 5.3
Μορφωτικό επίπεδο

Στον Πίνακα 5.3 και το Σχήμα 5.3, παρουσιάζεται το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Το 51,16% καταλαμβάνουν όσοι είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 47,67% αντιπροσωπεύουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου, ενώ μόλις το 1,16% αγγίζουν όσοι είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το ποσοστό καταδεικνύει ότι στο ΠΓΝ Αττικών απασχολείται προσωπικό υψηλού επιπέδου μόρφωσης στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Πίνακας 5.4

Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 – 5 χρόνια	3	3.5	3.5
	6 – 10 χρόνια	10	11.6	15.1
	11 – 15 χρόνια	30	34.9	50.0
	16 και άνω	43	50.0	100.0
	Total	86	100.0	



Σχήμα 5.4

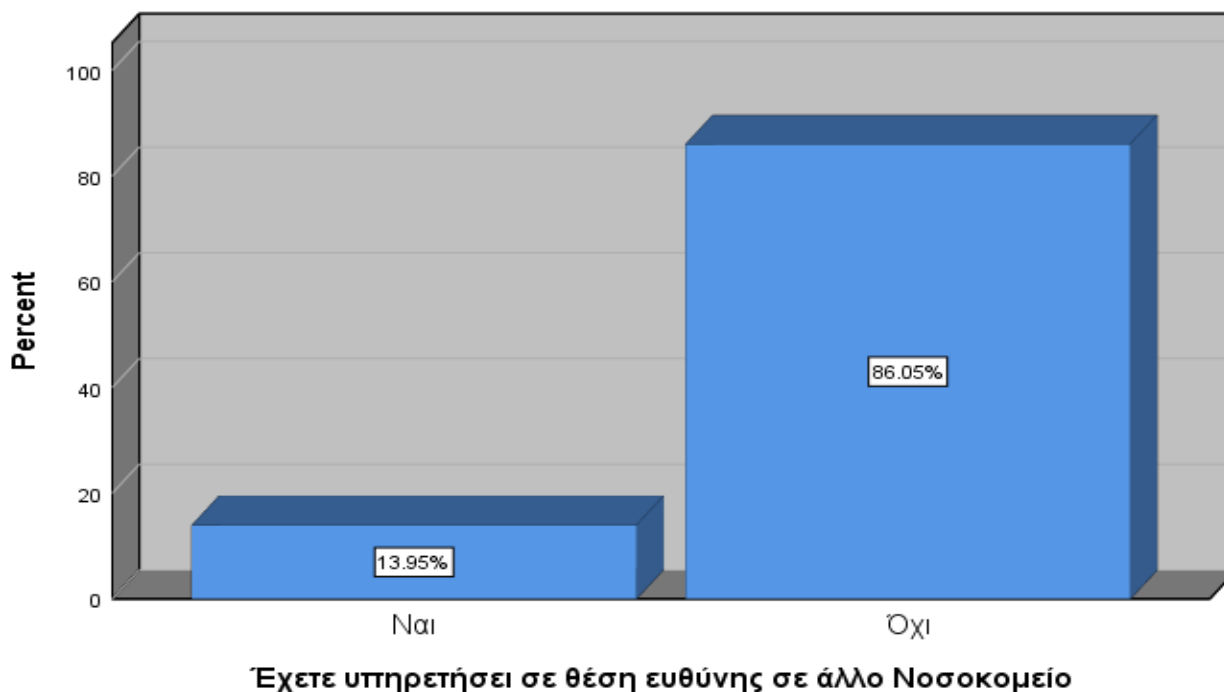
Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών ;

Στον Πίνακα 5.4 και το Σχήμα 5.4, παρατηρείται πως το 50,00% των ερωτηθέντων εργάζονται σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών πάνω από 15 έτη, το 34,88% αγγίζουν όσοι εργάζονται σε τέτοια θέση από 11 έως 15 έτη και το 11,63% καταλαμβάνουν όσοι εργάζονται από 6 έως 10 έτη. Τέλος, μόλις το 3,49% αγγίζουν όσοι εργάζονται σε τέτοια θέση έως 5 έτη. Οι μισοί ερωτηθέντες απασχολούνται σε Νοσηλευτικό Τμήμα σε θέση ευθύνης πάνω από 16 έτη γεγονός που καταδεικνύει ότι πρόκειται για άτομα με μεγάλη εμπειρία επί του αντικειμένου τους.

Πίνακας 5.5

Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	14.0	14.0
	Όχι	74	86.0	100.0
Total		86	100.0	



Σχήμα 5.5

Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο;

Από τον Πίνακα 5.5 και το Σχήμα 5.5, είναι εμφανές πως το 86,05% του δείγματος δεν έχει υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο, ενώ το 13,95% δεν είχε

υπηρετήσει ξανά σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό αιτιολογείται καθώς πρόκειται για νεοσύστατο Νοσοκομείο που δεν ξεκίνησε την λειτουργία του με πλήρη ανάπτυξη κλινών και επομένως δεν επανδρώθηκε με προσωπικό εξ ολοκλήρου από άλλα Νοσοκομεία αλλά με νέες προσλήψεις.

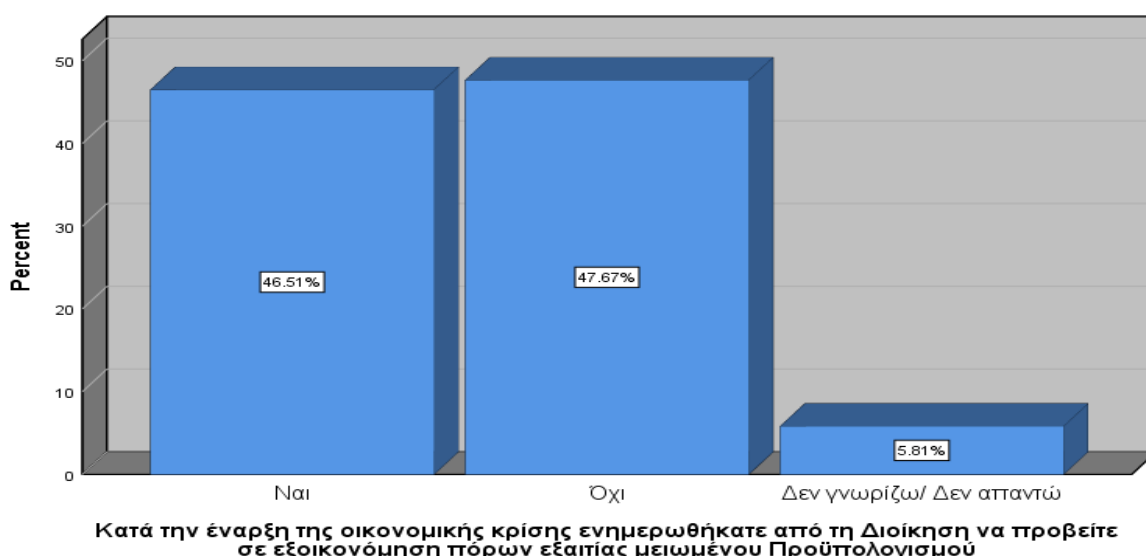
5.3 Μείωση των Δαπανών Υγείας στο Νοσοκομείο

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με τη μείωση των δαπανών υγείας που πραγματοποιήθηκαν στο ΠΓΝ Αττικών κατά την περίοδο της κρίσης και παρουσιάζεται και η άποψη τους σχετικά με την επάρκεια του προϋπολογισμού για την πανδημία COVID-19.

Πίνακας 5.6

Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ενημερωθήκατε από τη Διοίκηση να προβείτε σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου Προϋπολογισμού;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	40	46.5	46.5
	Όχι	41	47.7	94.2
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	5	5.8	100.0
Total		86	100.0	



Σχήμα 5.6

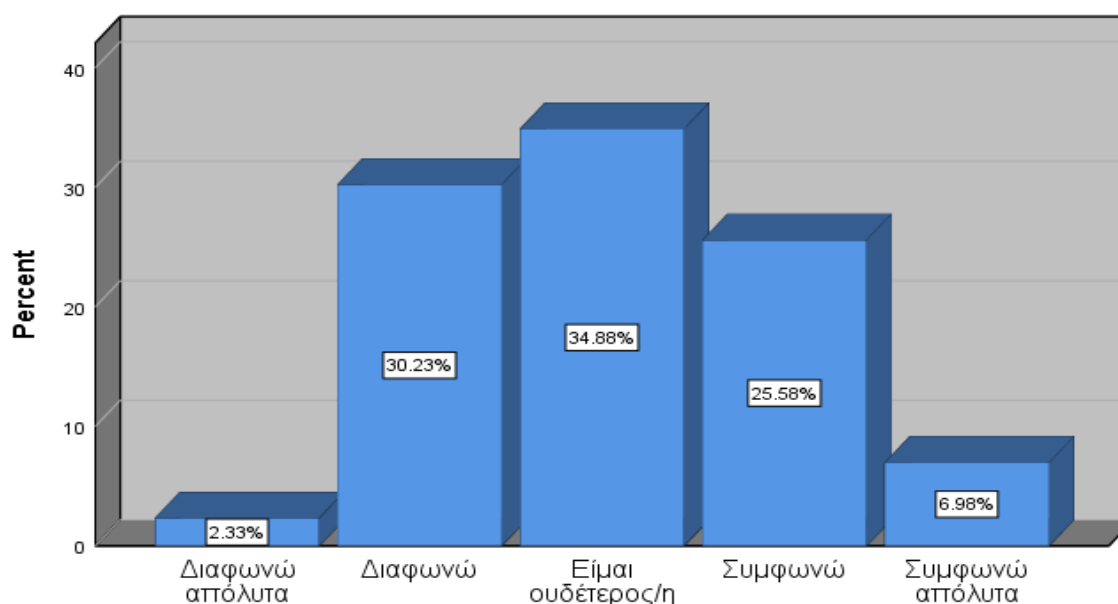
Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ενημερωθήκατε από τη Διοίκηση να προβείτε σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου Προϋπολογισμού;

Στον Πίνακα 5.6 και το Σχήμα 5.6, φαίνεται πως το 47,67% του δείγματος δηλώνει πως κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης δεν ενημερώθηκαν από τη διοίκηση να προβούν σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου προϋπολογισμού. Αντίθετα, το 46,51% φαίνεται να δηλώνει πως ενημερώθηκε, ενώ μόλις το 5,81% καταλαμβάνει η απάντηση «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ». Παρατηρούμε πως οι απαντήσεις στο «ναι» και το «όχι» είναι σχεδόν ισομερισμένες. Η ενημέρωση των Νοσηλευτικών Τμημάτων σχετίζεται με την επικοινωνία τους με τη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με τη Διεύθυνση της Διοικητικής και Οικονομικής Υπηρεσίας και τον Διοικητή/τρια του Νοσοκομείου.

Πίνακας 5.7

Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους ;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	2	2.3	2.3
	Διαφωνώ	26	30.2	32.6
	Είμαι ουδέτερος/η	30	34.9	67.4
	Συμφωνώ	22	25.6	93.0
	Συμφωνώ απόλυτα	6	7.0	100.0
Total		86	100.0	



Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους

Σχήμα 5.7

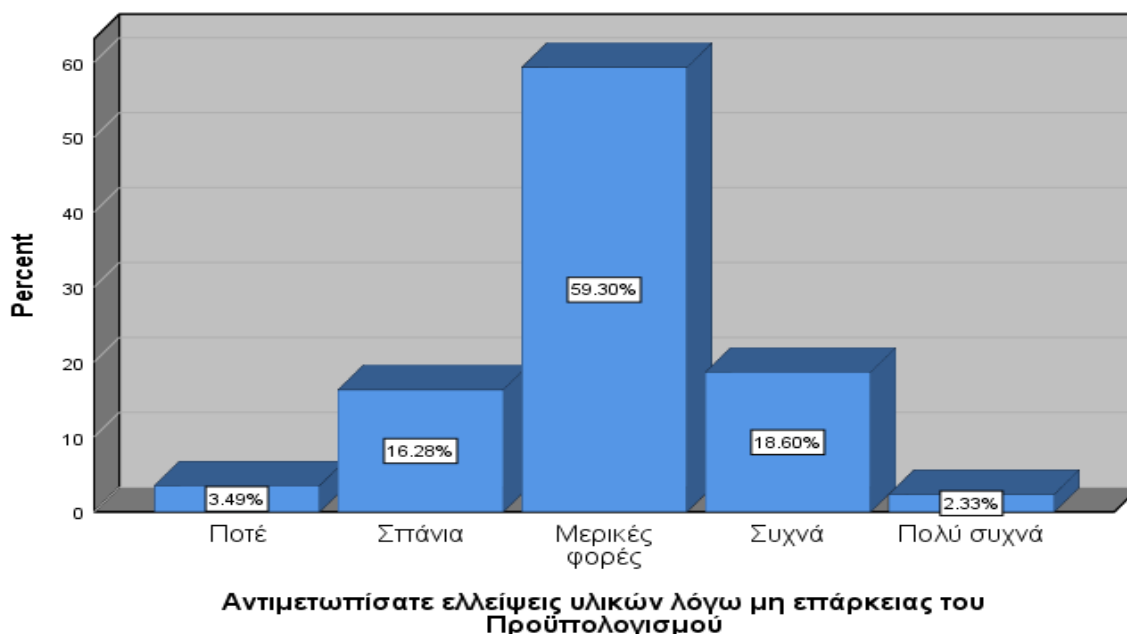
Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους;

Στον Πίνακα 5.7 και το Σχήμα 5.7, είναι εμφανές πως το 34,88% των ερωτηθέντων είναι ουδέτεροι ως προς το ότι η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων τους βρίσκει σύμφωνους, το 30,23% διαφωνεί και το 25,58% συμφωνεί. Επιπλέον, όσοι συμφωνούν απόλυτα ή διαφωνούν απόλυτα καταλαμβάνουν το 6,98% και το 2,33% αντίστοιχα. Παρατηρούμε ότι κυριάρχησε η ουδετερότητα γεγονός που συνάδει με το αντικείμενο τους, καθώς δεν απασχολούνται σε Οικονομική Υπηρεσία.

Πίνακας 5.8

Αντιμετωπίσατε ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του Προϋπολογισμού;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	3	3.5	3.5
	Σπάνια	14	16.3	19.8
	Μερικές φορές	51	59.3	79.1
	Συχνά	16	18.6	97.7
	Πολύ συχνά	2	2.3	100.0
	Total	86	100.0	



Σχήμα 5.8

Αντιμετωπίσατε ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του Προϋπολογισμού;

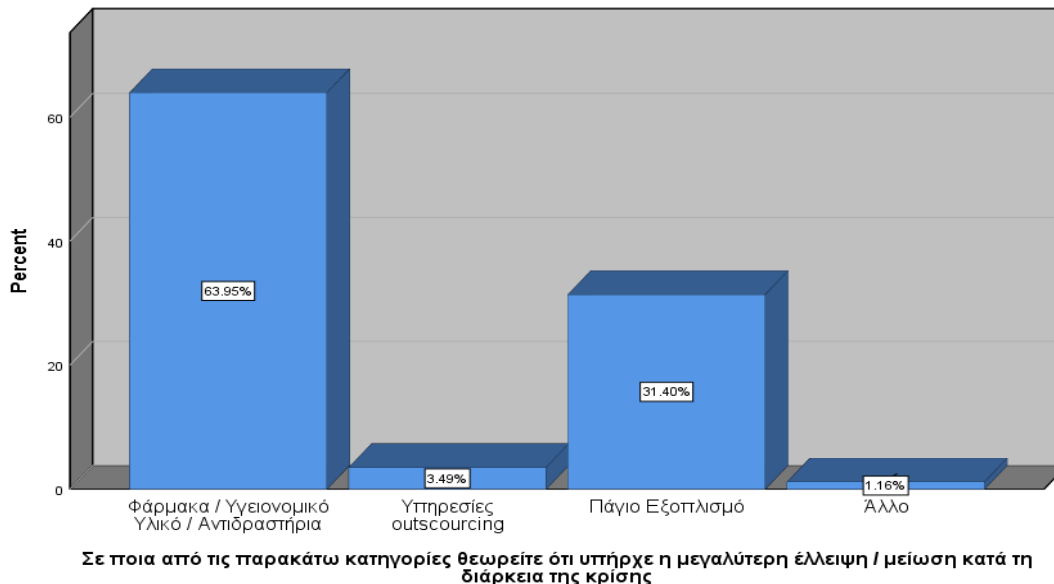
Στον Πίνακα 5.8 και το Σχήμα 5.8, φαίνεται πως το 59,30% των ερωτηθέντων απάντησε πως μερικές φορές αντιμετωπίζουν ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του

προϋπολογισμού, το 18,60% αντιμετώπισε ελλείψεις πολύ συχνά και το 16,28% σπάνια. Επιπλέον, όσοι θεωρούν πως ποτέ δεν αντιμετώπισαν ελλείψεις ή τις αντιμετώπισαν πολύ συχνά καταλαμβάνουν το 3,49% και το 2,33% αντίστοιχα. Παρατηρούμε και σε αυτή την ερώτηση ότι δεν επιλέγονται οι ακραίες επιλογές, σε αυτή την ερώτηση καθοριστικό ρόλο επί των απαντήσεων καθορίζει και το Νοσηλευτικό Τμήμα που απασχολούνται.

Πίνακας 5.9

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες θεωρείτε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη έλλειψη / μείωση κατά τη διάρκεια της κρίσης ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Φάρμακα / Υγειονομικό Υλικό / Αντιδραστήρια	55	64.0	64.0
Υπηρεσίες outsourcing	3	3.5	67.4
Πάγιο Εξοπλισμό	27	31.4	98.8
Άλλο	1	1.2	100.0
Total	86	100.0	



Σχήμα 5.9

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες θεωρείτε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη έλλειψη/ μείωση κατά τη διάρκεια της κρίσης ;

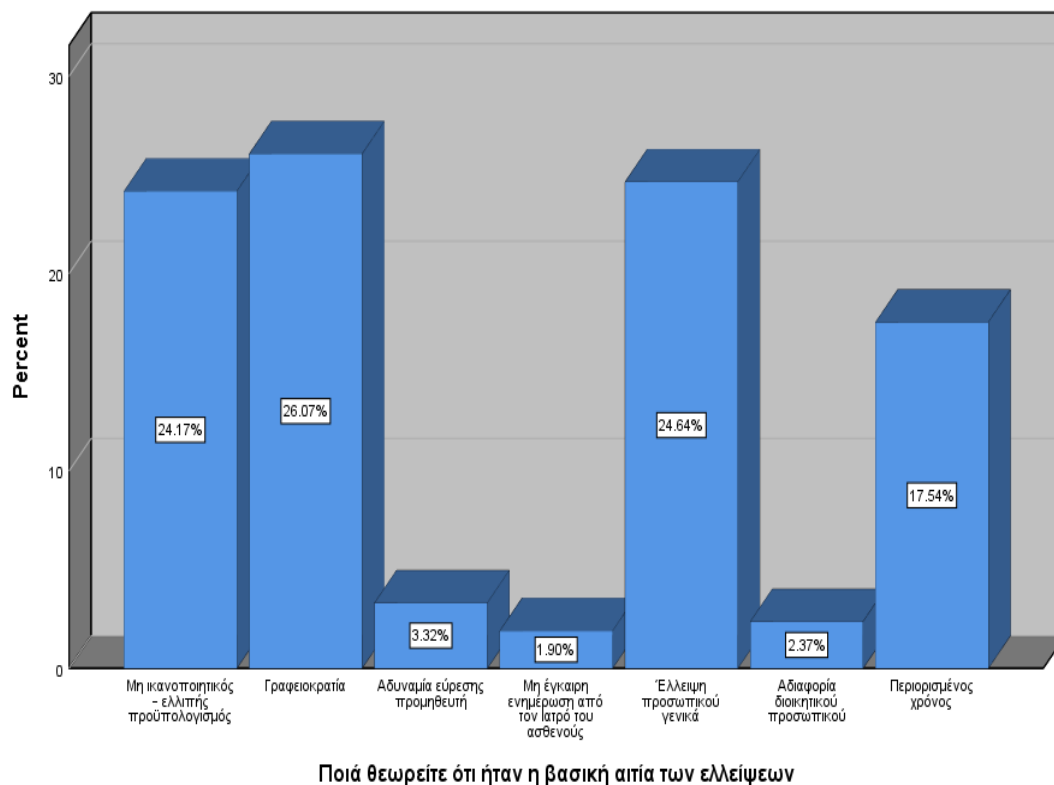
Στον Πίνακα 5.9 και το Σχήμα 5.9, παρατίθενται οι κατηγορίες στις οποίες υπήρξε η μεγαλύτερη έλλειψη κατά τη διάρκεια της κρίσης. Το 63,95% καταλαμβάνει ο τομέας των Φαρμάκων του Υγειονομικού Υλικού και των Αντιδραστηρίων, ενώ το 31,40%

καταλαμβάνει η έλλειψη σε Πάγιο Εξοπλισμό δηλαδή σε μηχανήματα. Οι ερωτηθέντες που θεωρούν ότι η μεγαλύτερη έλλειψη υπήρξε στις υπηρεσίες Outsourcing , σε ανάθεση των εργασιών σε εξωτερικούς συνεργάτες αγγίζουν το 3,49%, ενώ η απάντηση «Άλλο» αγγίζει μόλις το 1,16%. Η κατηγοριοποίηση στη συγκεκριμένη ερώτηση είχε στόχο να διερευνήσουμε που καταγράφεται η μεγαλύτερη έλλειψη σε υλικά, σε μηχανήματα ή σε Παροχή Υπηρεσίας όπως είναι η επιδιόρθωση ενός μηχανήματος. Αναφέρουμε ότι υπήρχε και η επιλογή «Δεν υπήρχε καμία έλλειψη κατά τη διάρκεια της κρίσης» όπου δεν επιλέχτηκε καθόλου.

Πίνακας 5.10

Ποιά θεωρείτε ότι ήταν η βασική αιτία των ελλείψεων;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη ικανοποιητικός – ελλιπής προϋπολογισμός	51	24.2	24.2
	Γραφειοκρατία	55	26.1	50.2
	Αδυναμία εύρεσης προμηθευτή	7	3.3	53.6
	Μη έγκαιρη ενημέρωση από τον Ιατρό του ασθενούς	4	1.9	55.5
	Έλλειψη προσωπικού γενικά	52	24.6	80.1
	Αδιαφορία διοικητικού προσωπικού	5	2.4	82.5
	Περιορισμένος χρόνος	37	17.5	100.0



Σχήμα 5.10

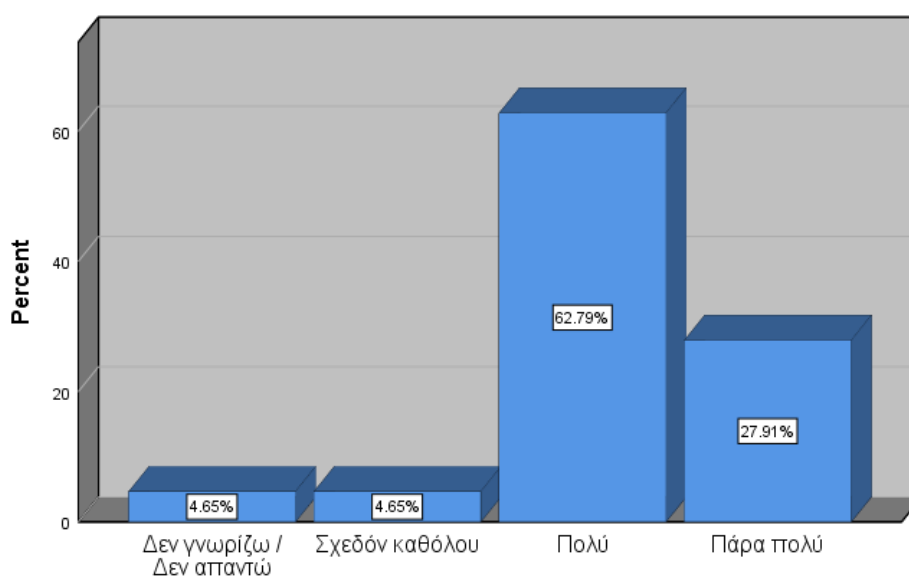
Ποιά θεωρείτε ότι ήταν η βασική αιτία των ελλείψεων ;

Στον Πίνακα 5.10 και το Σχήμα 5.10, παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων ως προς τις βασικές αιτίες ελλείψεων. Το 26,07% των απαντήσεων καταλαμβάνει η γραφειοκρατία, το 24,64% αγγίζει η γενικότερη έλλειψη προσωπικού και το 24,17% καταλαμβάνει ο μη ικανοποιητικός/ ελλιπής προϋπολογισμός. Επιπλέον, το 17,54% αγγίζει ο περιορισμένος χρόνος, το 3,32% αγγίζει η αδυναμία εύρεση προμηθευτή και το 2,37% αντιπροσωπεύει η αδιαφορία του διοικητικού προσωπικού. Τέλος, το 1,90 % των συνολικών απαντήσεων αγγίζει η μη έγκαιρη ενημέρωση από τον ιατρό του ασθενούς. Συμπερασματικά αναδεικνύεται πως η κυριότερη αιτία που ευθύνεται κατά την άποψη των συμμετεχόντων για την έλλειψη που παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες (υλικών, μηχανημάτων, παροχής υπηρεσίας) είναι η Γραφειοκρατία γεγονός που αποτελεί μείζον πρόβλημα σε όλο το Δημόσιο Τομέα. Στη συγκεκριμένη ερώτηση είχε δοθεί η δυνατότητα να συμπληρώσουν έως τρεις επιλογές. Επίσης υπήρχε και η επιλογή «Δεν υπήρχε καμία έλλειψη κατά τη διάρκεια της κρίσης» όπου δεν επιλέχθηκε καθόλου.

Πίνακας 5.11

Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	4	4.7	4.7
Σχεδόν καθόλου	4	4.7	9.3
Πολύ	54	62.8	72.1
Πάρα Πολύ	24	27.9	100.0
Total	86	100.0	



Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου

Σχήμα 5.11

Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου ;

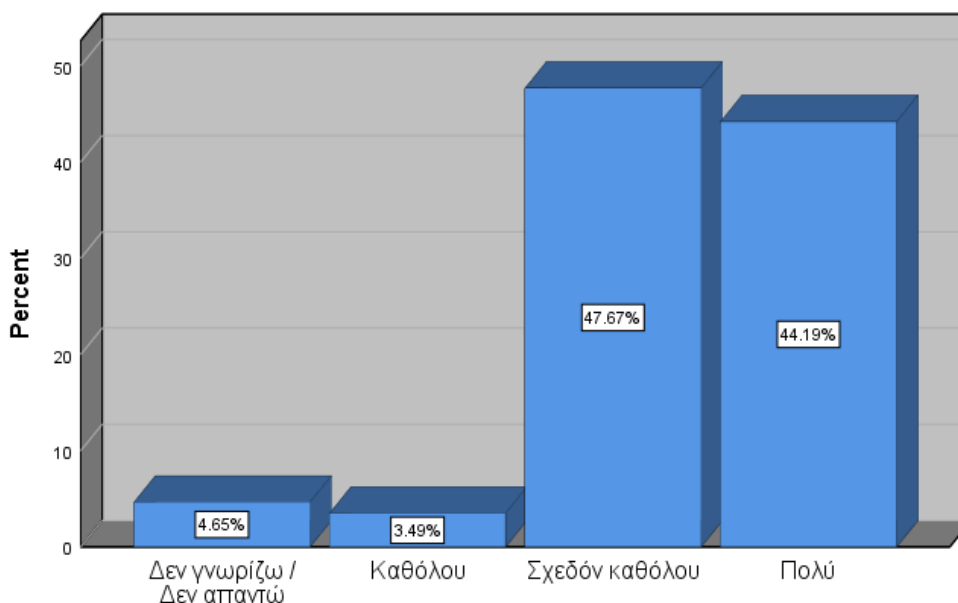
Στον Πίνακα 5.11 και το Σχήμα 5.11, είναι εμφανές πως το 62,79% των ερωτηθέντων θεωρούν πως πριν την πανδημία του Covid-19 υπήρχε πολύ μεγάλη ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, ενώ το 27,91% αγγίζουν όσοι θεωρούν πως κάτι τέτοιο συνέβη σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Ακόμη, όσοι απάντησαν «Σχεδόν καθόλου» ή «Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ» καταλαμβάνουν από 4,65% έκαστος. Το γεγονός ότι ένα τόσο υψηλό ποσοστό

αποδέχθηκε ότι είχε ομαλοποιηθεί η κατάσταση σχετικά με τον Προϋπολογισμό του Νοσοκομείου είναι ιδιαίτερος σημαντικό και αποδεικνύεται από τα στοιχεία που έχουν παρατεθεί στη συγκεκριμένη εργασία και αφορούν το ΠΓΝ Αττικών και το Υπουργείο Υγείας.

Πίνακας 5.12

Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	4	4.7	4.7
Καθόλου	3	3.5	8.1
Σχεδόν καθόλου	41	47.7	55.8
Πολύ	38	44.2	100.0
Total	86	100.0	



Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου

Σχήμα 5.12

Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου ;

Στον Πίνακα 5.12 και το Σχήμα 5.12, είναι εμφανές πως το 47,67% του δείγματος σχεδόν καθόλου δεν θεωρεί πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας

COVID-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, ενώ το 44,19% θεωρεί πως επαρκεί πολύ. Το 4,65% των συμμετεχόντων δεν γνωρίζουν ή δεν απαντούν, ενώ το 3,49% υποστηρίζει πως η χρηματοδότηση δεν επαρκεί καθόλου. Σε αυτή την ερώτηση προφανώς η απάντηση λαμβάνει υπόψη της σε ποιο Τμήμα απασχολούνται καθώς τα περιστατικά covid-19 τα περιθάλπουν οι Κλινικές που έχουν οριστεί για αυτό το σκοπό.

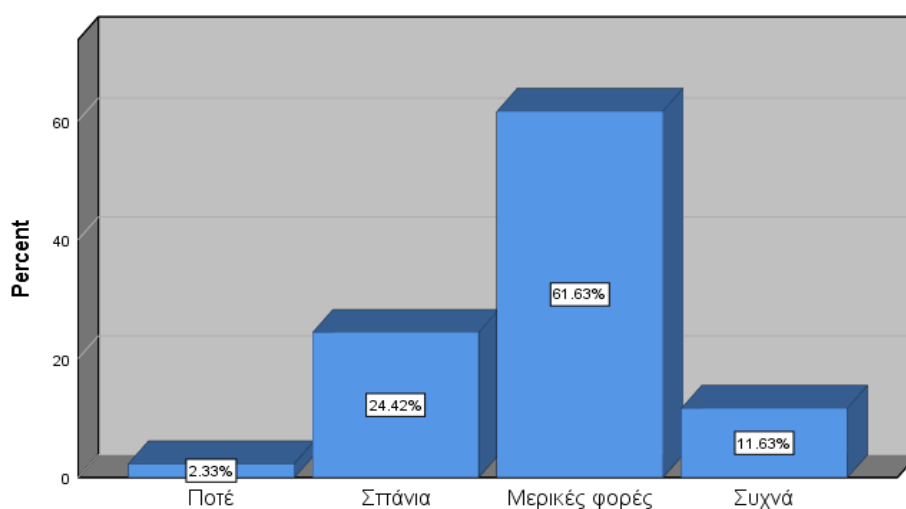
5.4 Μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με την υγεία του ασθενούς

Στην τρίτη ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που σχετίζονται με τη μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με την υγεία του ασθενούς.

Πίνακας 5.13

**Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά –
φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της
νοσηλείας των ασθενών ;**

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ	2	2.3	2.3
	Σπάνια	21	24.4	26.7
	Μερικές φορές	53	61.6	88.4
	Συχνά	10	11.6	100.0
	Total	86	100.0	



**Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά –
φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των
ασθενών**

Σχήμα 5.13

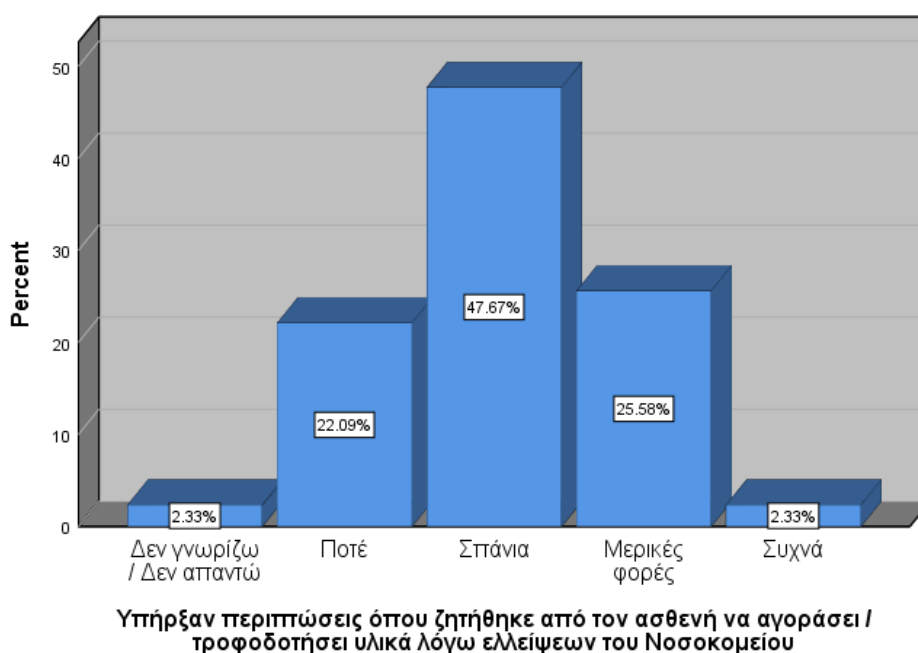
**Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό
υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών ;**

Στον Πίνακα 5.13 και το Σχήμα 5.13, παρατηρείται πως το 61,63% των ερωτηθέντων μερικές φορές συμφωνούν πως υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, ενώ το 24,42% αγγίζουν όσοι υποστηρίζουν πως κάτι τέτοιο συνέβη σπάνια. Ακόμη, το 11,63% αγγίζουν όσοι συμφωνούν πως συχνά δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά και το 2,33% πως ποτέ δεν βρέθηκε σε τέτοια θέση. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις πιστοποιούν πως παρατηρούνται ελλείψεις σε υλικά καθώς το Ποτέ επιλέχτηκε μόνο από 2,33%.

Πίνακας 5.14

Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει / τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	2.3	2.3
Ποτέ	19	22.1	24.4
Σπάνια	41	47.7	72.1
Μερικές φορές	22	25.6	97.7
Συχνά	2	2.3	100.0
Total	86	100.0	



Σχήμα 5.14

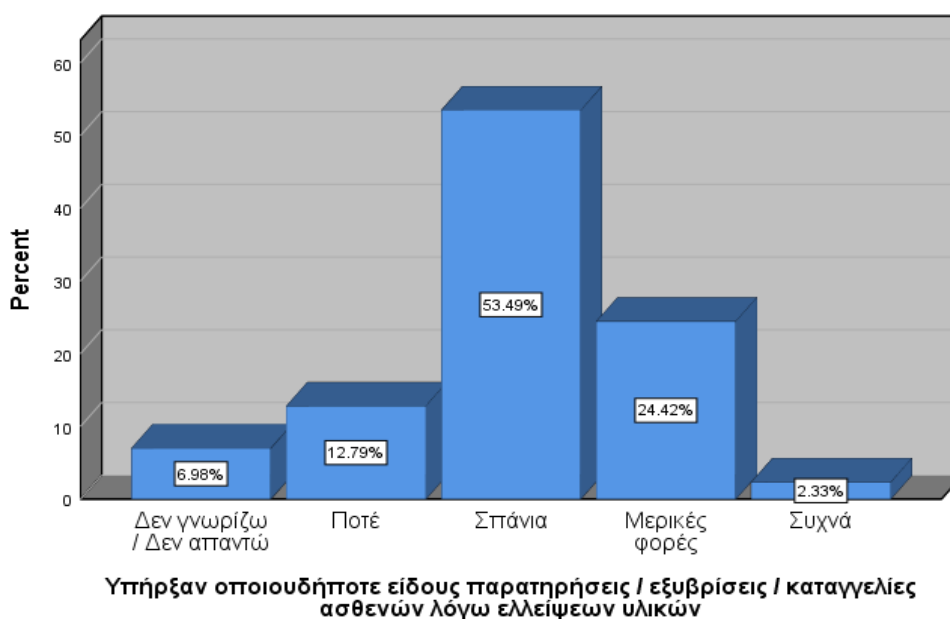
Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει / τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου ;

Στον Πίνακα 5.14 και το Σχήμα 5.14, παρουσιάζεται το κατά πόσο υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει υλικά λόγω ελλείψεων του νοσοκομείου. Το 47,67% αγγίζουν όσοι θεωρούν πως κάτι τέτοιο συνέβη σπάνια, το 25,58% θεωρεί πως συμβαίνει μερικές φορές και το 22,09% ποτέ. Επιπλέον, οι απαντήσεις «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ» και «Συχνά», καταλαμβάνουν από 2,33%. Παρατηρούμε ότι παρόλο που καταγράφονται ελλείψεις σε υλικά δεν ζητείται από τον ασθενή να τα αγοράσει συχνά παρά μόνο σε αναγκαίες περιπτώσεις λαμβάνοντας υπόψη μας το ποσοστό του ποτέ και του σπάνια.

Πίνακας 5.15

Υπήρξαν οποιουδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	6	7.0	7.0
Ποτέ	11	12.8	19.8
Σπάνια	46	53.5	73.3
Μερικές φορές	21	24.4	97.7
Συχνά	2	2.3	100.0
Total	86	100.0	



Σχήμα 5.15

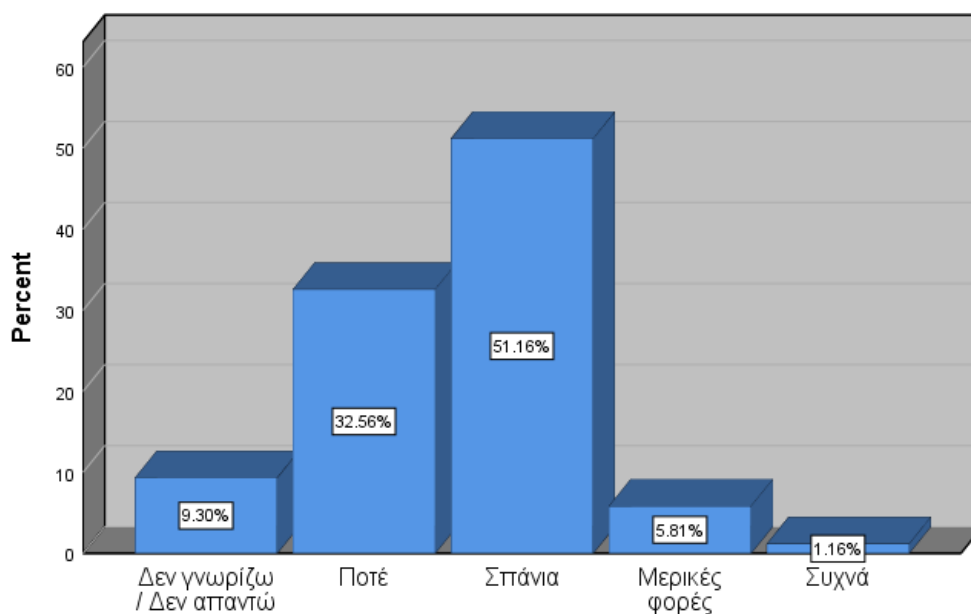
Υπήρξαν οποιουδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών ;

Στον Πίνακα 5.15 και το Σχήμα 5.15, παρατίθεται το κατά πόσο υπήρξαν παρατηρήσεις, εξυβρίσεις και καταγγελίες των ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών. Το 53,49% των ερωτηθέντων δηλώνουν πως σπάνια υπήρξαν τέτοιες περιπτώσεις, το 24,42% θεωρούν πως συνέβη μερικές φορές και το 12,79% αγγίζουν όσοι θεωρούν πως δεν συνέβη ποτέ. Επιπλέον, το 6,98% αγγίζει η απάντηση «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ» και το 2,33% όσοι συμμετέχοντες συχνά θεωρούν πως υπήρξαν τέτοια φαινόμενα από τους ασθενείς. Η συγκεκριμένη ερώτηση μας αποτυπώνει πως οι ασθενείς είναι πλήρως ενημερωμένοι με την κατάσταση που επικρατεί στον χώρο της υγείας και δεν διαμαρτύρονται, καθώς το σπάνια και το ποτέ κυριάρχησαν στις απαντήσεις.

Πίνακας 5.16

Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	8	9.3	9.3
Ποτέ	28	32.6	41.9
Σπάνια	44	51.2	93.0
Μερικές φορές	5	5.8	98.8
Συχνά	1	1.2	100.0
Total	86	100.0	



Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς

Σχήμα 5.16

Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς ;

Στον Πίνακα 5.16 και το Σχήμα 5.16, είναι προφανές πως το 51,16% των ερωτηθέντων σπάνια θεωρούν πως από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή κάποιου ασθενούς, το 32,56% καταλαμβάνουν όσοι υποστηρίζουν πως αυτό δεν συνέβη ποτέ και το 9,30% αγγίζει η απάντηση «Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ». Επιπλέον, το 5,81% δηλώνει πως μερικές φορές κινδύνευσε η ζωή ασθενούς και συχνά υποστηρίζει πως συνέβη κάτι τέτοιο το 1,16%. Η συγκεκριμένη ερώτηση θα περιμέναμε ότι θα αναδείξει το ποτέ, όμως επικράτησε το Σπάνια όπου μας δείχνει ότι οι ελλείψεις μπορεί να καταστούν άκρως επικίνδυνες για την υγεία του ασθενούς ευτυχώς σε λίγες περιπτώσεις.

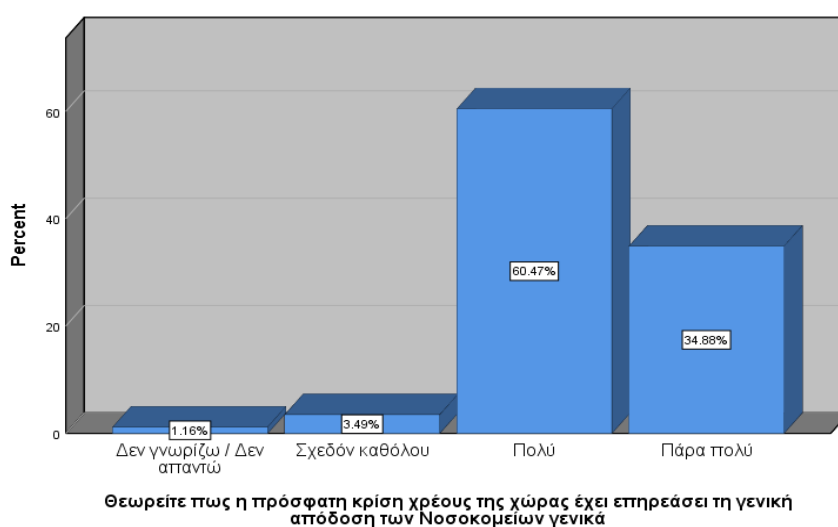
5.5 Μείωση δαπανών υγείας και αποδοτικότητα νοσοκομείου

Στην τελευταία ενότητα, αναλύονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την επίδραση της μείωσης των δαπανών υγείας στην αποδοτικότητα του νοσοκομείου.

Πίνακας 5.17

Θεωρείτε πως η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των Νοσοκομείων γενικά

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <u>Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ</u>	1	1.2	1.2
<u>Σχεδόν καθόλου</u>	3	3.5	4.7
<u>Πολύ</u>	52	60.5	65.1
<u>Πάρα πολύ</u>	30	34.9	100.0
Total	86	100.0	



Σχήμα 5.17

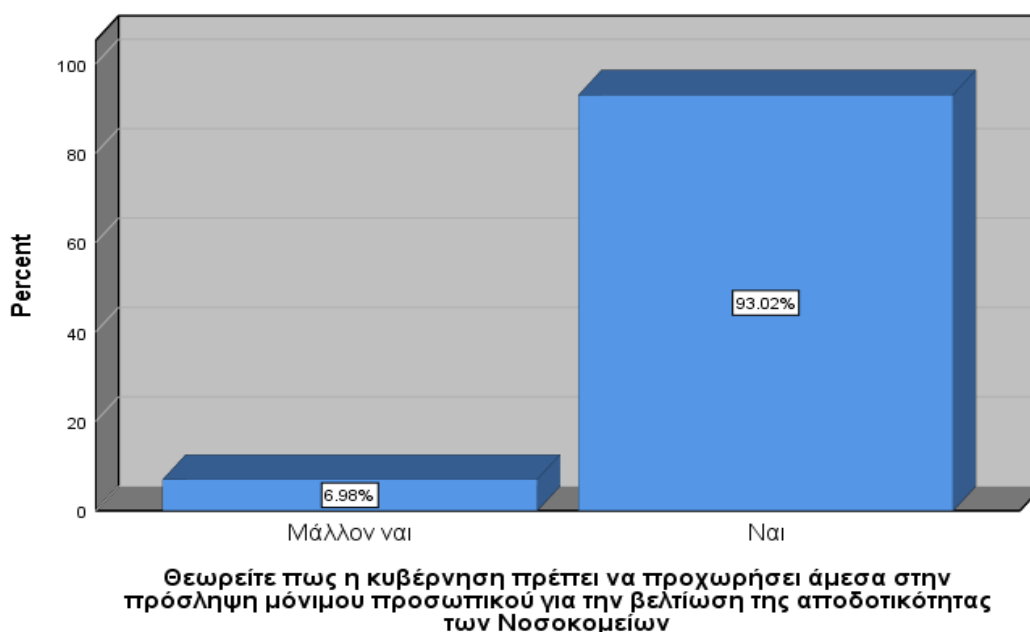
Θεωρείτε πως η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των Νοσοκομείων γενικά ;

Στον Πίνακα 5.17 και το Σχήμα 5.17, παρουσιάζεται η άποψη των ερωτηθέντων αναφορικά με το εάν η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των νοσοκομείων. Το 60,47% συμφωνεί πολύ με την παραπάνω άποψη, το 34,88% συμφωνεί πάρα πολύ, το 3,49% αγγίζουν όσοι συμφωνούν σχεδόν καθόλου και μόλις το 1,16% καταλαμβάνει η απάντηση «Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ». Σχεδόν η πλειοψηφία επιβεβαίωσε ότι η κρίση χρέους επηρέασε την αποδοτικότητα των Νοσοκομείων.

Πίνακας 5.18

Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων ;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μάλλον ναι	6	7.0	7.0
	Ναι	80	93.0	100.0
	Total	86	100.0	



Σχήμα 5.18

Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων ;

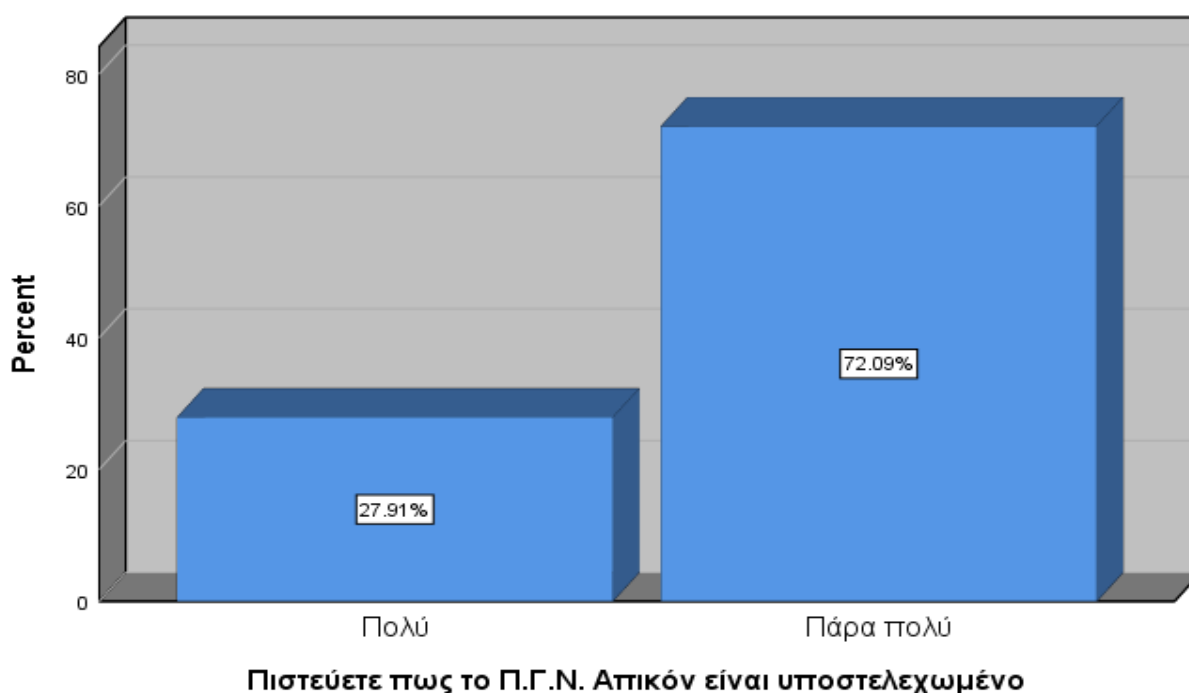
Στον Πίνακα 5.18 και το Σχήμα 5.18, παρατηρείται πως το 93,02% των ερωτηθέντων συμφωνούν πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των

νοσοκομείων, ενώ το 6,98% μάλλον συμφωνεί. Υπήρχαν και οι επιλογές «Όχι», «Μάλλον Όχι» και «Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ» όπου δεν επιλέχτηκαν καθόλου. Η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί ότι πρέπει να πραγματοποιηθούν προσλήψεις προσωπικού.

Πίνακας 5.19

Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικών είναι υποστελεχωμένο ;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	24	27.9	27.9
	Πάρα πολύ	62	72.1	100.0
	Total	86	100.0	



Σχήμα 5.19

Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικών είναι υποστελεχωμένο ;

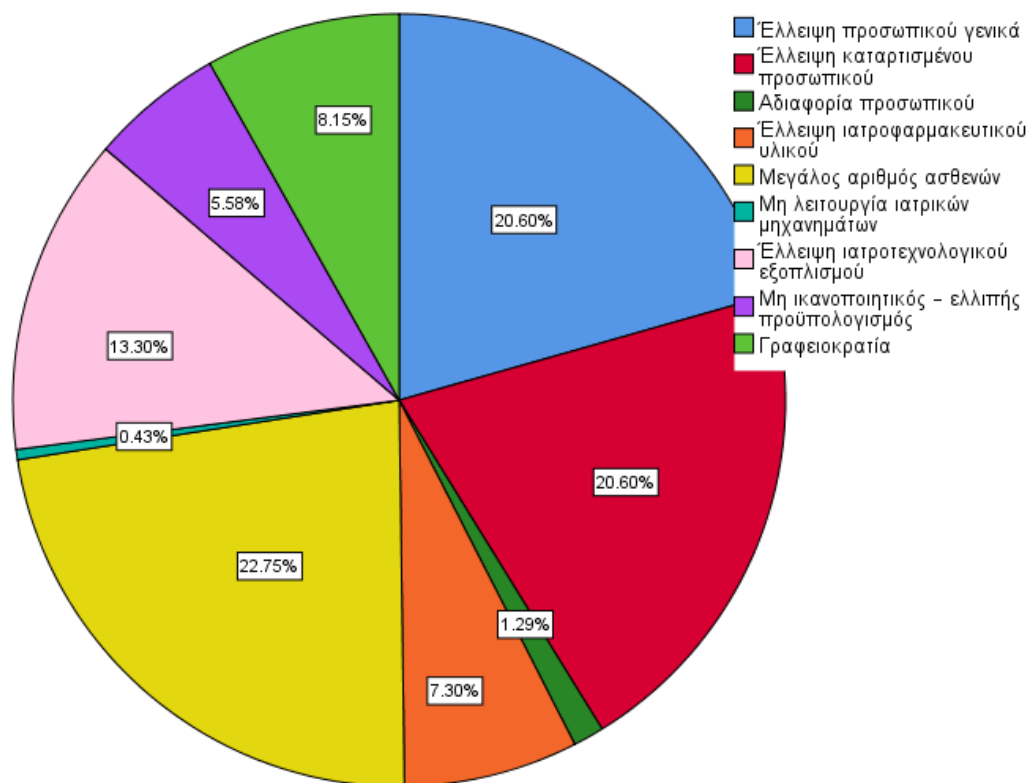
Στον Πίνακα 5.19 και το Σχήμα 5.19, αναδείχθηκε πως το 72,09% των ερωτηθέντων θεωρούν πως το ΠΓΝ Αττικών είναι πάρα πολύ υποστελεχωμένο, ενώ το 27,91% αγγίζουν όσοι συμφωνούν με την άποψη αυτή πολύ. Υπήρχαν και οι επιλογές «Σχεδόν Καθόλου», «Καθόλου» και «Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ» όπου δεν επιλέχτηκαν καθόλου. Η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί ότι το Νοσοκομείο είναι υποστελεχωμένο.

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να αναφερθεί πως όλοι οι ερωτηθέντες στο 100% συμφωνούν πως η νοσηλευτική υπηρεσία είναι περισσότερο υποστελεχωμένο σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Πίνακας 5.20

Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι επηρεάζει περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έλλειψη προσωπικού γενικά	48	20.6	20.6
Έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού	48	20.6	41.2
Αδιαφορία προσωπικού	3	1.3	42.5
Έλλειψη ιατροφαρμακευτικού υλικού	17	7.3	49.8
Μεγάλος αριθμός ασθενών	53	22.7	72.5
Μη λειτουργία ιατρικών μηχανημάτων	1	.4	73.0
Έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	31	13.3	86.3
Μη ικανοποιητικός – ελλιπής προϋπολογισμός	13	5.6	91.8
Γραφειοκρατία	19	8.2	100.0



Σχήμα 5.20

Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι επηρεάζει περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ;

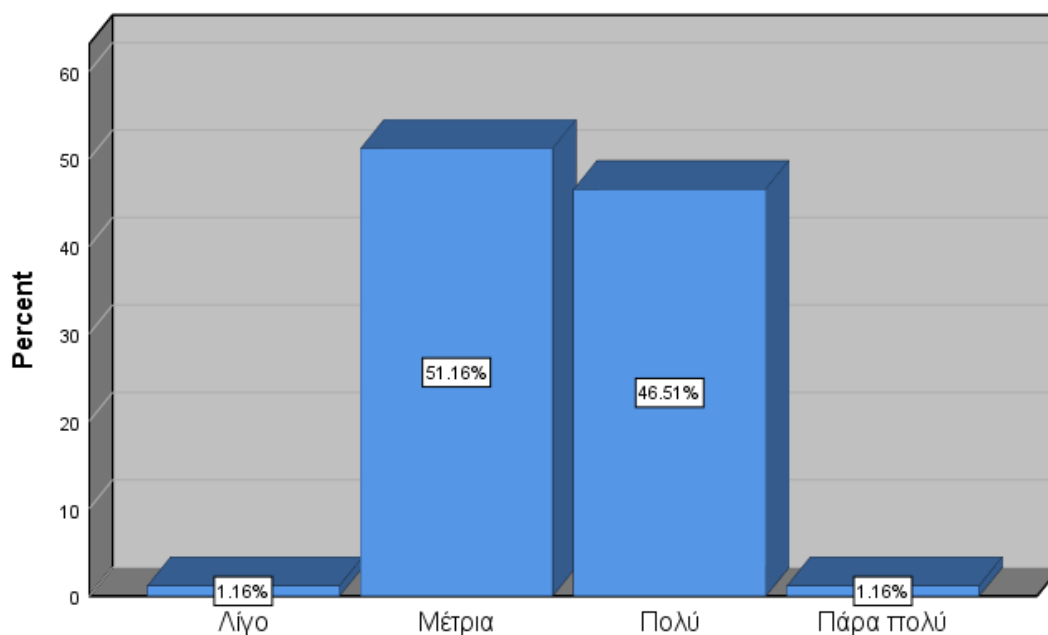
Στον Πίνακα 5.20 και το Σχήμα 5.20, παρουσιάζονται οι παράγοντες που πιστεύουν οι ερωτηθέντες πως επηρεάζουν περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη συγκεκριμένη ερώτηση δόθηκε η δυνατότητα να σημειώσουν μέχρι τρεις επιλογές. Το 22,75% καταλαμβάνει ο μεγάλος αριθμός ασθενών, η έλλειψη προσωπικού γενικά καταλαμβάνει 20,60% , η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού καταλαμβάνει επίσης 20,60% και η έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αγγίζει το 13,30%. Η γραφειοκρατία αντιπροσωπεύει το 8,15% των συνολικών απαντήσεων, η έλλειψη ιατροφαρμακευτικού υλικού καταλαμβάνει το 7,30% και το 5,58% ανήκει στο μη ικανοποιητικό – ελλιπή προϋπολογισμό. Τέλος, η αδιαφορία του προσωπικού και η μη λειτουργία ιατρικών μηχανημάτων αγγίζουν το 1,29% και το 0,43% αντίστοιχα. Είναι προφανές ότι ο μεγάλος αριθμός των ασθενών στα νοσοκομεία ιδιαίτερα με την αύξηση που παρουσιάστηκε κατά την περίοδο της κρίσης σε συνδυασμό με την έλλειψη

προσωπικού είναι αυτά που σχετίζονται περισσότερο με την αποδοτικότητα κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων.

Πίνακας 5.21

Είστε ικανοποιημένος -η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών ;

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	1	1.2	1.2
Μέτρια	44	51.2	52.3
Πολύ	40	46.5	98.8
Πάρα πολύ	1	1.2	100.0
Total	86	100.0	



Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το Π.Γ.Ν. Αττικών

Σχήμα 5.21

Είστε ικανοποιημένος -η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών ;

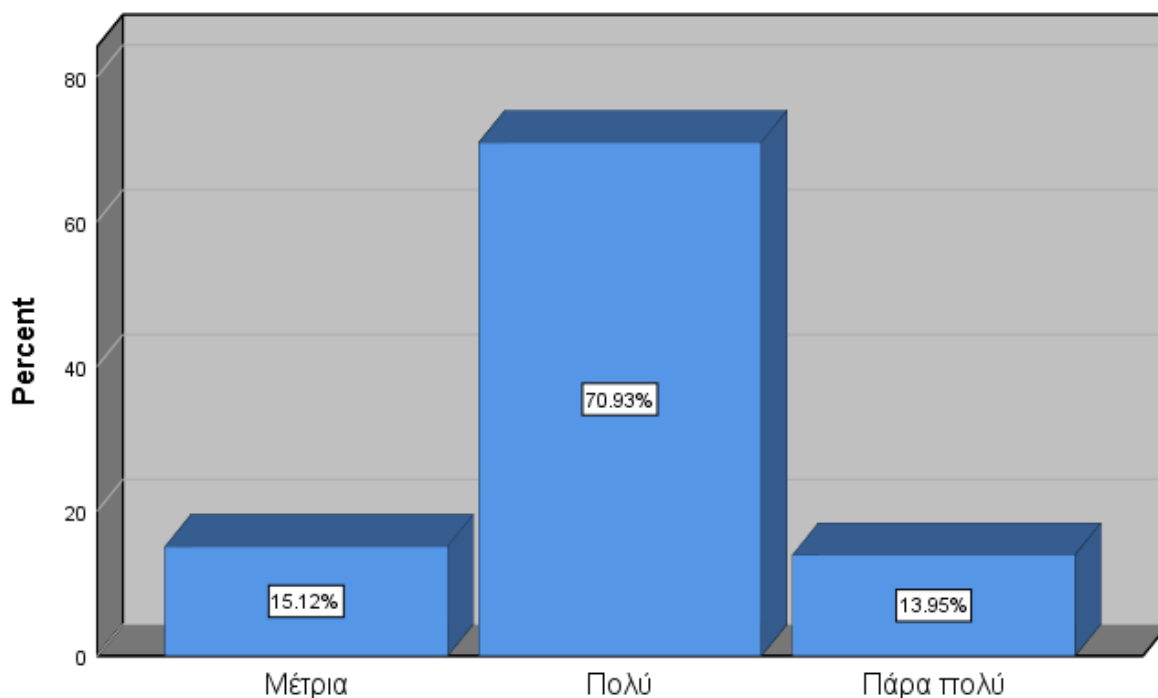
Στον Πίνακα 5.21 και το Σχήμα 5.21, παρατίθεται το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών. Το 51,16% καταλαμβάνουν όσοι είναι μέτρια ικανοποιημένοι, το 46,51% καταλαμβάνουν όσοι είναι πολύ ικανοποιημένοι, ενώ όσοι

είναι λίγο ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι καταλαμβάνουν από 1,16% έκαστος. Η συγκεκριμένη ερώτηση αναδεικνύει ότι στο ΠΓΝ Αττικών υπάρχουν σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την αποδοτικότητα του Νοσοκομείου όπως αποτυπώθηκαν σε προηγούμενες ερωτήσεις.

Πίνακας 5.22

Είστε ικανοποιημένος -η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικών ;

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέτρια	13	15.1	15.1
	Πολύ	61	70.9	86.0
	Πάρα πολύ	12	14.0	100.0
	Total	86	100.0	



Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο Π.Γ.Ν. Αττικών

Σχήμα 5.22

Είστε ικανοποιημένος -η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικών;

Στον Πίνακα 5.22 και το Σχήμα 5.22, φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, αγγίζοντας το 70,93%, είναι πολύ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν ως εργαζόμενοι στο ΠΓΝ Αττικών. Ακόμη, όσοι είναι μέτρια ικανοποιημένοι αγγίζουν το 15,12% και το 13,95% ανήκει σε όσους είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Καταγράφονται διαφορετικές απαντήσεις σχετικά με την προσωπική τους αποδοτικότητα σε σχέση με την αποδοτικότητα του Νοσοκομείου.

5.6 Επαγωγική στατιστική

Στην έρευνα που ακολουθεί, έγινε μια προσπάθεια ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία είναι τα εξής:

- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν την άποψη τους αναφορικά με την μείωση του προϋπολογισμού, την επάρκεια της χρηματοδότησης, την έλλειψη των υλικών, την πρόσληψη μόνιμου προσωπικού και την υποστελέχωση του Νοσοκομείου;
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν την ικανοποίηση των ερωτηθέντων σχετικά με την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο και που προσφέρουν οι ίδιοι;
- Το κατά πόσο οι ερωτηθέντες είναι σύμφωνοι με την μείωση του προϋπολογισμού που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο, επηρεάζει τις απόψεις τους ως προς τις απόψεις που σχετίζονται με τη μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με την υγεία του ασθενούς;

Για την απάντηση του πρώτου και του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκαν τα παραμετρικά Kruskal-Wallis και Mann-Whitney και το μη παραμετρικό t-test. Η επιλογή στηρίχτηκε στο Κεντρικό Οριακό Θεώρημα, το οποίο υποδεικνύει πως όταν ένα δείγμα έχει περισσότερες από 30 παρατηρήσεις, τότε μπορεί να θεωρηθεί εκ παραδοχής ότι κάθε ποσοτική μεταβλητή σε αυτό, ακολουθεί την κανονική κατανομή. Σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, έγινε χρήση του συντελεστή γραμμικού συσχέτισης Pearson, ο οποίος δέχεται τιμές από το -1 έως το 1 και όσο πλησιάζει κατ' απόλυτη τιμή την μονάδα τόσο πιο έντονη κρίνεται η εκάστοτε συσχέτιση.

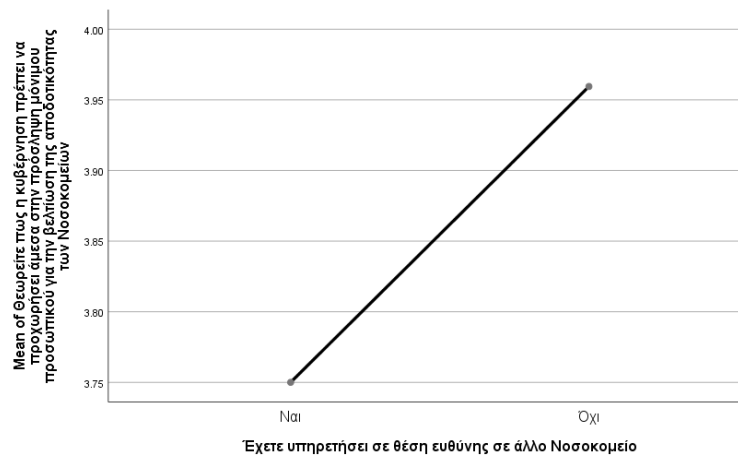
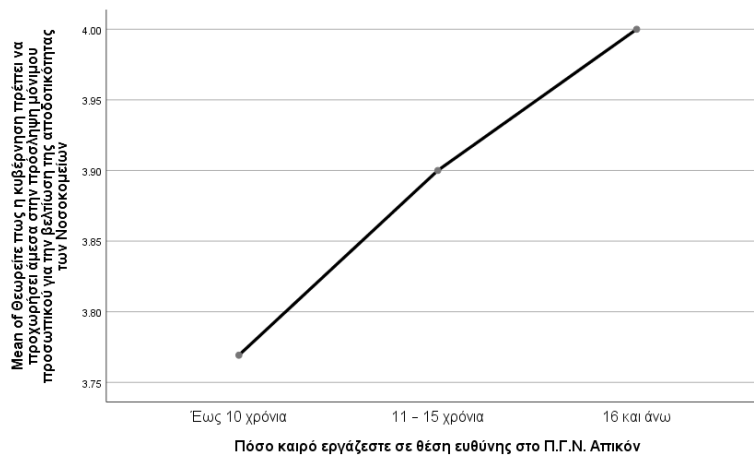
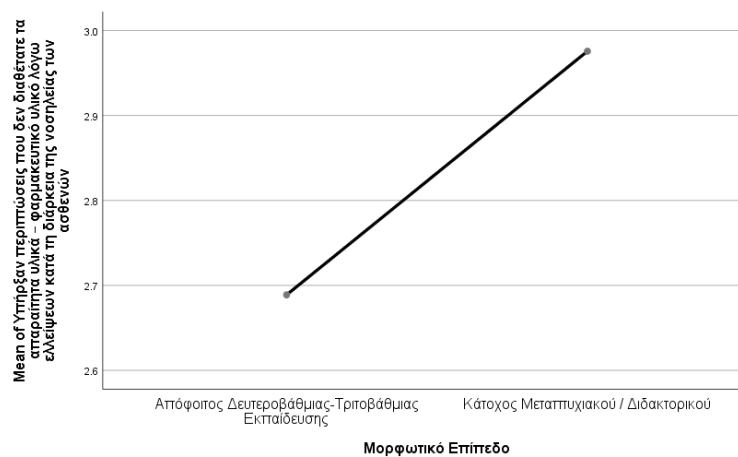
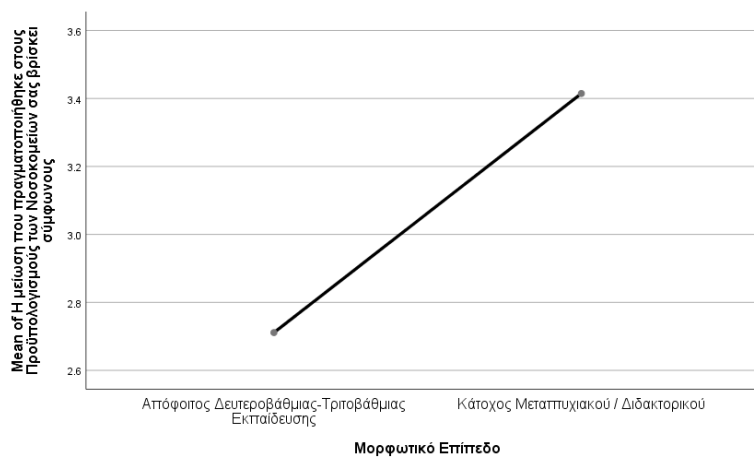
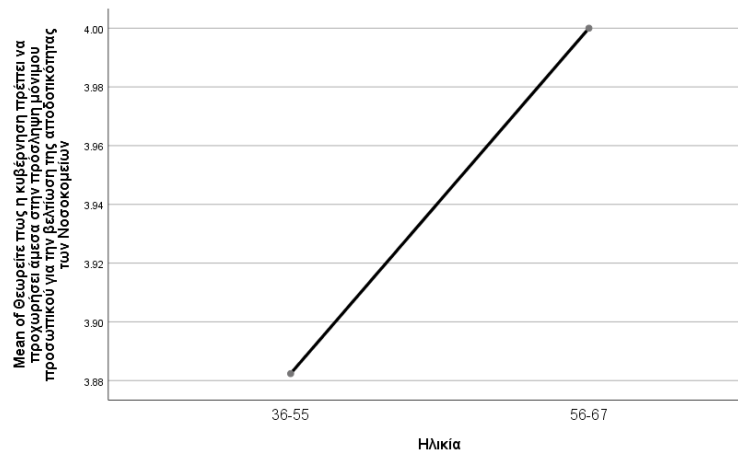
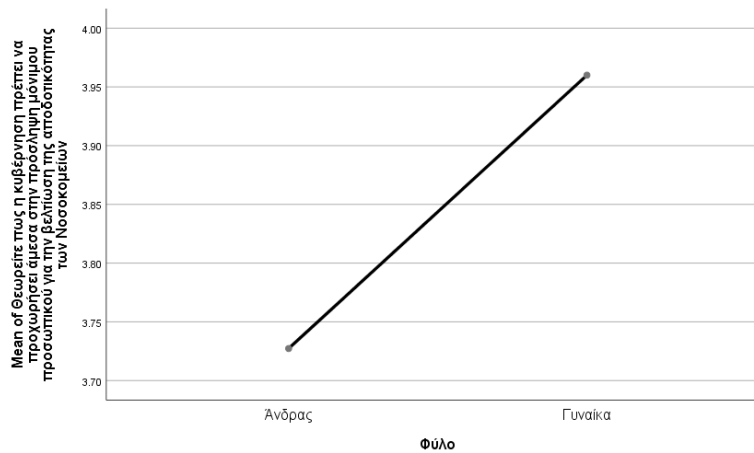
1^ο Ερευνητικό Ερώτημα

Στον Πίνακα 5.23 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι τιμές των στατιστικών ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν. Από αυτές αναδείχθηκαν έξι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Πίνακας 5.23

Διαφοροποιήσεις ως προς τις απόψεις των ερωτηθέντων

	Φύλο (Mann-Whitney)	Ηλικία (t-test)	Μορφωτικό Επίπεδο (t- test)	Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών (Kruskal- Wallis)	Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο (Mann-Whitney)
Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους ;	0.914	0.095	0.001	0.943	0.548
Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου ;	0.555	0.246	0.271	0.479	0.137
Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών ;	0.555	0.713	0.042	0.155	0.983
Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων ;	0.005	0.013	0.472	0.013	0.009
Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικών είναι υποστελεχωμένο ;	0.167	0.552	0.226	0.899	0.352



Σχήμα 5.23

Διαφοροποιήσεις ως προς τις απόψεις των ερωτηθέντων

Στο Σχήμα 5.23, παρουσιάζονται οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι γυναίκες με ηλικία από 56 έως 67

ετών υποστηρίζουν σε υψηλότερο επίπεδο πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Επιπλέον, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου συμφωνούν περισσότερο με τη μείωση του προϋπολογισμού και πως υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά λόγω έλλειψης τους. Τέλος, οι ερωτηθέντες που εργάζονται σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών πάνω από 16 έτη και που δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο, συμφωνούν σε υψηλότερο επίπεδο πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού, ώστε να αυξηθεί η αποδοτικότητα του νοσοκομείου.

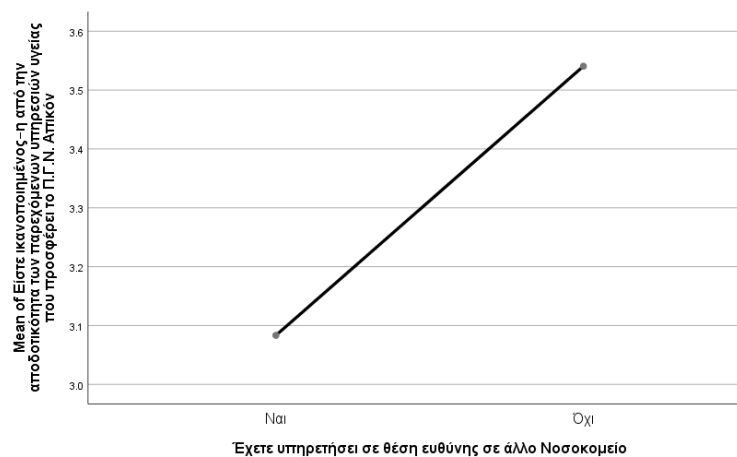
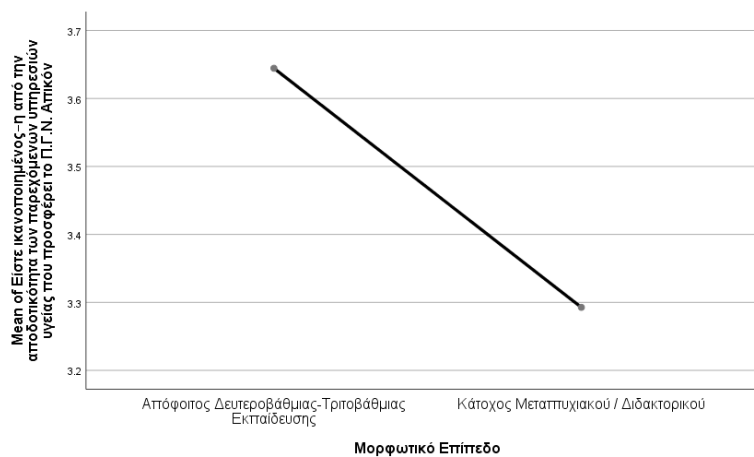
2ο Ερευνητικό Ερώτημα

Ο Πίνακας 5.24 που ακολουθεί, περιέχει τις τιμές των στατιστικών ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος. Αυτή τη φορά, αναδείχθηκαν 2 στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Πίνακας 5.24

Διαφοροποιήσεις ως προς την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αποδοτικότητα του νοσοκομείου και των ίδιων

	Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών;	Είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικών;
Φύλο (Mann-Whitney)	0.442	0.604
Ηλικία (t-test)	0.284	0.870
Μορφωτικό Επίπεδο (t-test)	0.002	0.328
Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών (Kruskal-Wallis)	0.818	0.209
Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο (Mann-Whitney)	0.011	0.512



Σχήμα 5.24

Διαφοροποιήσεις ως προς την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αποδοτικότητα του νοσοκομείου και των ίδιων

Στο Γράφημα 5.24 είναι εμφανές πως οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και όσοι δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο, είναι ικανοποιημένοι σε υψηλότερο βαθμό από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο ΠΓΝ Αττικών, συγκριτικά με τους ερωτηθέντες που έχουν μεταπτυχιακό-διδακτορικό τίτλο ή έχουν εργαστεί σε θέση ευθύνης και σε άλλο νοσοκομείο.

3ο Ερευνητικό Ερώτημα

Για την απάντηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson.

Πίνακας 5.25
Συσχετίσεις Συντελεστή Pearson

	Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους ;
Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών	0.106
Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει / τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου	.382**
Υπήρξαν οποιουδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών	.279**
Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς	0.090
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	

Στον Πίνακα 5.25, παρουσιάζονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης, από τις οποίες αναδείχθηκαν δυο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όπως φαίνεται, όσο περισσότερο συμφωνούν οι ερωτηθέντες με τη μείωση που πραγματοποιήθηκε στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, τόσο περισσότερο συμφωνούν πως υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει υλικά λόγω έλλειψης τους και πως υπήρξαν παρατηρήσεις - εξυβρίσεις - καταγγελίες ασθενών λόγω έλλειψης υλικών. Οι παραπάνω συσχετίσεις δέχονται τιμές 0.382 και 0.279 αντίστοιχα, επομένως είναι συσχετίσεις μικρής έντασης και σημαντικές σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.

5.7 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Αττικό Νοσοκομείο. Το δείγμα που απάντησε ήταν πολύ μεγάλο σε σχέση με το υπό εξέταση Τμήμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας που συμμετείχε στην έρευνα με αποτέλεσμα να μπορεί να χαρακτηριστεί γενικευμένη και αξιόλογη.

Τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν μέσω του προγράμματος SPSS και στατιστικών παραμέτρων και αναδεικνύουν την ύπαρξη των προβλημάτων που προκάλεσε η συρρίκνωση των δαπανών υγείας κατά την περίοδο της κρίσης. Επηρέαστηκε η αποδοτικότητα των υπαλλήλων αλλά και του νοσοκομείου, παρατηρήθηκαν ελλείψεις σε υλικά κυρίως σε υγειονομικό, αντιδραστήρια και φάρμακα, με αποτέλεσμα σπάνια να παρατηρούνται και φαινόμενα εξύβρισης ή καταγγελίας από τους ασθενείς. Επίσης ανέδειξε ότι μείζον πρόβλημα που ευθύνεται για την έλλειψη των υλικών είναι η γραφειοκρατία που επικρατεί στη διαδικασία της προμήθειας μείζον πρόβλημα του Δημοσίου.

Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε το εφιαλτήριο ώστε να πραγματοποιηθούν αξιόλογες μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας με άμεσο στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών. Στην έρευνα που διεξήχθη διερευνήθηκαν οι απόψεις των Προϊσταμένων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών» όσον αφορά την συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα έλαβαν μέρος κυρίως γυναίκες, με ηλικία από 46 έως 55 ετών απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Επιπλέον, η πλειοψηφία εργάζεται σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ πάνω από 15 έτη και δεν έχει υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο.

Ως προς τις απόψεις των ερωτηθέντων, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες θεωρούν πως κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ενημερώθηκαν από τη διοίκηση να προβούν σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου προϋπολογισμού, ενώ σχεδόν το ένα τρίτο δείχνει ουδέτερη στάση σχετικά με τη μείωση που πραγματοποιήθηκε στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Ακόμη, μερικές φορές οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του προϋπολογισμού, κυρίως στον τομέα των φαρμάκων, του υγειονομικού υλικού και των αντιδραστηρίων. Επιπλέον, βασική αιτία των ελλείψεων αναδείχθηκε η γραφειοκρατία μείζον πρόβλημα για το Δημόσιο Τομέα.

Οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν πως πριν την πανδημία του Covid-19 υπήρχε πολύ μεγάλη ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του προϋπολογισμού του νοσοκομείου. Σε αντίθεση, οι μισοί σχεδόν επί των ερωτηθέντων θεωρούν πως σχεδόν καθόλου δεν επαρκεί η χρηματοδότηση του Νοσοκομείου για την κάλυψη των αναγκών της πανδημίας Covid -19.

Συνεχίζοντας με τις απόψεις που σχετίζονται με τις μειώσεις των δαπανών υγείας σχετικά με την υγεία του ασθενούς, οι περισσότεροι ερωτηθέντες μερικές φορές συμφωνούν πως υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και σπάνια υποστηρίζουν ότι ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει υλικά λόγω ελλείψεων. Επιπροσθέτως, σπάνια θεωρούν οι ερωτηθέντες πως υπήρξαν καταγγελίες - εξυβρίσεις ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών ή η έλλειψη αυτή οδήγησε σε κίνδυνο ως προς τη ζωή κάποιου ασθενούς.

Αναφορικά με την επίδραση της μείωσης των δαπανών υγείας σχετικά με την αποδοτικότητα του νοσοκομείου, σύμφωνοι είναι οι περισσότεροι ερωτηθέντες πως η

πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των νοσοκομείων και πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Επιπλέον, θεωρούν πως το ΠΓΝ Αττικών είναι πάρα πολύ υποστελεχωμένο και περισσότερο υποστηρίζουν πως επηρεάζει ο μεγάλος αριθμός ασθενών καθώς και η έλλειψη προσωπικού καταρτισμένου ή μη. Ακόμη, οι ερωτηθέντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών, ενώ πολύ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι ίδιοι ως εργαζόμενοι.

Μέσω του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, αναδείχθηκε πως οι γυναίκες, ηλικίας από 56 έως 67 ετών, οι ερωτηθέντες που εργάζονται σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών πάνω από 16 έτη και που δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο υποστηρίζουν σε υψηλότερο βαθμό πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου. Ακόμη, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου συμφωνούν περισσότερο με τη μείωση του προϋπολογισμού και πως υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διέθεταν τα απαραίτητα υλικά λόγω έλλειψης τους.

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, παρατηρήθηκε πως οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και όσοι δεν έχουν υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο νοσοκομείο παρουσιάζουν υψηλότερου βαθμού ικανοποίηση από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσοκομείο ΠΓΝ Αττικών. Τέλος, στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα έγινε σαφές πως όσο περισσότερο συμφωνούν οι ερωτηθέντες με τη μείωση που πραγματοποιήθηκε στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, τόσο πιο σύμφωνοι είναι πως υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει υλικά λόγω έλλειψης τους και πως υπήρξαν εξυβρίσεις-καταγγελίες ασθενών λόγω της έλλειψης αυτής.

Η παρούσα εργασία παρουσίασε χρήσιμα συμπεράσματα που επιβεβαίωσαν ότι η συρρίκνωση των δαπανών υγείας επέφερε σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία του Νοσοκομείου. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε υπό το πρίσμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας απέδωσε συμπεράσματα που δεν τεκμαίρονται από οικονομικές καταστάσεις και μόνο, καθιστώντας την έρευνα ουσιαστική και ενδιαφέρουσα.

Η πρόταση μου είναι να ερευνηθεί το κατά πόσο η πανδημία Covid-19 έχει επηρεάσει την αποδοτικότητα των Φορέων Υγείας καθώς και των εργαζομένων εξαιτίας των ιδιαίτερων συνθηκών που βιώνουν. Από οικονομική άποψη θα μπορούσε

να ερευνηθεί κατά πόσο η πανδημία Covid- 19 θα προκαλέσει εκτίναξη των δαπανών υγείας με δυσμενείς συνέπειες για τη Χώρα μας, και να πραγματοποιηθεί σύγκριση δαπανών υγείας της Ελλάδας σε σχέση με άλλα Κράτη Μέλη της ΕΕ ως προς τις ποσότητες και τις αγοραίες τιμές σε συνάρτηση με τον πληθυσμό της κάθε χώρας.

Παράρτημα

Σας παρακαλώ πολύ να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Για κάθε ερώτηση επιλέξτε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο την άποψή σας σχετικά με αυτήν. Οι απαντήσεις είναι απολύτως εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα : **Η συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης: Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών»** στα πλαίσια απόκτησης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Δημόσια Οικονομική και Πολιτική" του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από την Νοσηλευτική Υπηρεσία και συγκεκριμένα από το προσωπικό που κατέχει θέση ευθύνης καθώς και τους αναπληρωτές τους.

Για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία, παρακαλώ πολύ επικοινωνήστε μαζί μου στο efixrousi@gmail.com.

Σας ευχαριστώ θερμά,
Ευτυχία Χρυσή

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

18-35

36-45

46-55

56-67

3. Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού

4. Πόσο καιρό εργάζεστε σε θέση ευθύνης στο ΠΓΝ Αττικών ;

- 0 – 5 χρόνια
- 6 – 10 χρόνια
- 11 – 15 χρόνια
- 16 και άνω

5. Έχετε υπηρετήσει σε θέση ευθύνης σε άλλο Νοσοκομείο ;

Ναι

Όχι

B. ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

6. Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης είχατε ενημερωθεί από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου να προβείτε σε εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας μειωμένου Προϋπολογισμού;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ

7. Η μείωση που πραγματοποιήθηκε στους Προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων σας βρίσκει σύμφωνους;

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Είμαι ουδέτερος/η

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

8. Αντιμετωπίσατε ελλείψεις υλικών λόγω μη επάρκειας του Προϋπολογισμού;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συχνά

Πολύ συχνά

9. Σε ποιά από τις παρακάτω κατηγορίες θεωρείτε ότι υπήρχε η μεγαλύτερη έλλειψη / μείωση κατά τη διάρκεια της κρίσης;

Φάρμακα / Υγειονομικό Υλικό / Αντιδραστήρια

Υπηρεσίες outsourcing (Παροχή Υπηρεσίας)

Πάγιο Εξοπλισμό (Μηχανήματα)

Άλλο

Δεν υπήρχε καμία έλλειψη κατά τη διάρκεια της κρίσης

10. Ποιά θεωρείτε ότι ήταν η βασική αιτία των ελλείψεων;

(Μπορείτε να σημειώσετε μέχρι τρεις επιλογές)

Μη ικανοποιητικός – ελλιπής προϋπολογισμός

Γραφειοκρατία

Αδυναμία εύρεσης προμηθευτή

Μη έγκαιρη ενημέρωση από τον Ιατρό του ασθενούς

Έλλειψη προσωπικού γενικά

Αδιαφορία διοικητικού προσωπικού

Αδιαφορία νοσηλευτικού προσωπικού

Αλόγιστη χρήση από το νοσηλευτικό προσωπικό

Περιορισμένος χρόνος

Δεν υπήρχε καμία έλλειψη κατά τη διάρκεια της κρίσης

11. Θεωρείτε πως πριν την πανδημία covid-19 υπήρχε ομαλοποίηση σχετικά με την επάρκεια του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου ;

Πάρα πολύ

Πολύ

Σχεδόν καθόλου

Καθόλου

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

12. Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου;

Πάρα πολύ

Πολύ

Σχεδόν καθόλου

Καθόλου

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Γ. ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

13. Υπήρξαν περιπτώσεις που δεν διαθέτατε τα απαραίτητα υλικά – φαρμακευτικό υλικό λόγω ελλείψεων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συχνά

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

14. Υπήρξαν περιπτώσεις όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να αγοράσει /τροφοδοτήσει υλικά λόγω ελλείψεων του Νοσοκομείου;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συχνά

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

15. Υπήρξαν οποιουδήποτε είδους παρατηρήσεις / εξυβρίσεις / καταγγελίες ασθενών λόγω ελλείψεων υλικών;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συχνά

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

16. Θεωρείτε ότι από την έλλειψη υλικών έχει κινδυνεύσει η ζωή ασθενούς;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συχνά

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

Δ. ΜΕΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

17. Θεωρείτε πως η πρόσφατη κρίση χρέους της χώρας έχει επηρεάσει τη γενική απόδοση των Νοσοκομείων γενικά;

Πάρα πολύ

Πολύ

Σχεδόν καθόλου

Καθόλου

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

18. Θεωρείτε πως η κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην πρόσληψη μόνιμου προσωπικού για την βελτίωση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων;

Ναι

Μάλλον Ναι

Μάλλον Όχι

Όχι

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

19. Πιστεύετε πως το ΠΓΝ Αττικών είναι υποστελεχωμένο;

Πάρα πολύ

Πολύ

Σχεδόν καθόλου

Καθόλου

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ

20. Κατά τη γνώμη σας σε ποια κατηγορία προσωπικού είναι περισσότερο υποστελεχωμένο ;

Ιατρική Υπηρεσία

Παραϊατρικό Προσωπικό

Νοσηλευτική Υπηρεσία

Διοικητική Υπηρεσία

Τεχνική Υπηρεσία

Σε καμία υπηρεσία δεν υπάρχει έλλειψη προσωπικού

21. Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι επηρεάζει περισσότερο την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

(Σημειώστε μέχρι τρεις επιλογές)

Έλλειψη προσωπικού γενικά

Έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού

Αδιαφορία προσωπικού

Έλλειψη ιατροφαρμακευτικού υλικού

Μεγάλος αριθμός ασθενών

Μη λειτουργία ιατρικών μηχανημάτων

Έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

Μη ικανοποιητικός – ελλιπής προϋπολογισμός

Γραφειοκρατία

22. Σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (πάρα πολύ) , είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΠΓΝ Αττικών;

Καθόλου Πάρα πολύ

23. Σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (πάρα πολύ) , είστε ικανοποιημένος-η από την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρετε ως εργαζόμενος στο ΠΓΝ Αττικών;

Καθόλου Πάρα πολύ

(Καθόλου -Λίγο – Αρκετά- Πολύ - Πάρα Πολύ)

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ. Νιάκας, Δ., (2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α΄, θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Ghellab, G. και Παπαδάκης, Κ.(2011), Η πολιτική της οικονομικής προσαρμογής: Μονομέρεια κράτος ή κοινωνικό διάλογο, ΔΟΕ, σελ. 81-91.
- Grauwe ,P. D., και Moesen, W. (2009),Κέρδη για όλους: Μια πρόταση για ένα κοινό Euro Bond, *Intereconomics*, 44(3), σελ. 132-141,
- Grauwe, P. D.(2012), Η ελληνική κρίση και το μέλλον της Ευρωζώνης, *Intereconomics*, 45(2), σελ. 89-93
- Αργυρού Μ., και Τσουκαλάς, JD.(2011), Η ελληνική κρίση χρέους: Πιθανές Αιτίες, Μηχανική και τα Αποτελέσματα, *Παγκόσμια Οικονομία*, 34,(2), σελ. 173 -191
- Βαβούρας, Ι. (2013), Οικονομική Πολιτική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Δημουλάς, Ν. & Οικονόμου, Χ., 2012, Βασικές Αντιλήψεις Μοντέλα και Μετασχηματισμοί του Κράτους Πρόνοιας με Έμφαση στα Συστήματα Υγείας. ΙΝΕ, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Διαθέσιμο στη: <http://inegsee.gr/ekdosi/vasikes-antilipsis-montela-ke-metaschimatismi-tou-kratous-pronias-me-emfasi-sta-sistimata-igias/> , Ανακτημένο στις 12/11/2020
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Ιωσηφίδης, Θ., (2008), Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες, Εκδόσεις Κριτική , Αθήνα
- Κακαλέτσης, Ν.,Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι.,Χατζητόλιος, Α., (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 30 (2), σ. 233-240
- Κυριαζόπουλος, Π. και Σαμαντά, Ε. (2011), Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών. Εκδόσεις Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα
- Λυμπεράκη, Α.,(2006), Και μεγάλωσαν αυτοί καλά κι εμείς καλύτερα. Τα ευρήματα της έρευνας SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) με μια ματιά. Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Μόλλα, Κ., Παπαδοπούλου, Ν., Παπαχρήστου, Σ., Πελέκη, Θ.(2016), Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής Μάρτιος 2016, ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης
- Μπέσης, Ν. (1993), Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Μπουτσικάρης, Λ. & Υφαντίδου, Γ.(2018), Η Διαχείριση πιστωτικού κινδύνου με τη μέθοδο του

- Altman στον κλάδο υγείας και η ανάπτυξη του Εναλλακτικού Τουρισμού Υγείας, *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*,13, 58-59
- Νιάκας, Δ., (2013), Ο κ. Υπουργός Υγείας, οι 52 επικουρικές κλίνες στο Αττικό και όχι μόνο, Ανακτημένο στις 17/11/2020 από <http://www.parapolitiki.com/2013/10/o-k-ypourgous-ygeias-oi-52-epikourikes-klines-sto-attiko-kai-oxi-mono.html>
- Οικονόμου, Χ., 2012. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα: Ο Ρόλος και η Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Επιστημονικές Εκθέσεις. Ανακτημένο στις 10/11/2020 από <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report7.pdf>
- Παπαγιαννόπουλο, Β., κ.α.(2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*, 25(1),σ.σ.73-82
- Παπαδάκης, Κ.(2010), Αναδιάρθρωση των επιχειρήσεων μέσω του κοινωνικού διαλόγου: Κοινωνικά υπεύθυνων πρακτικών σε περιόδους κρίσης, Έγγραφο εργασίας αριθ. 19, Γενεύη, ILO.
- Πολύζος, Μ., (2007), Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Σίσκου, Ο.,(2006), Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα ,Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2006
- Σίσκου, Ο., κ.α.(2010), «Η δαπάνη της υγείας στην Ελλάδα το ελληνικό παράδοξο», *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*, Τευχ.25, Νο.5, σ.σ. 663-672
- Σουλής, Σ. (1999), Οικονομική της υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Τούντας, Γ., Βαρδαβάς, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γώτη, Γ, Κατζάνου, Μ.(2016) ,Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση, ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας &Ανάλυσης
- Υφαντόπουλος, Γ., (2006), Τα οικονομικά της υγείας θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα
- Χαλικιάς, Μ., Μανωλέσσου, Α., Λάλου, Π. (2015), Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS, Εκδόσεις Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Ζωγράφου

Ξενογλωσση

- Adrian, T., & Shin, H. S.(2007), “Liquidity and Financial Cycles”, 6th BIS Annual Conference, Financial System and Macroeconomic Resilience, 18-19 June 2007, Brunnen, Switzerland.
- Alfonso, A., & Fernandes, S.(2008), Assessing hospital efficiency: Non-parametric evidence for Portugal. Available at SSRN 1092135
- Aletras, V. H. (1999), A comparison of hospital scale effects in short-run and long-run cost functions. *Health Economics*, 8(6), 521-530.
- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A., & Niakas, D. (2007), The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general

- management in Greek NHS hospitals. *Health Policy*, 83(2-3), 236-245.
- Cassini, A., Diaz, H., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Skov Simonsen, G., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M., Devleeschauwer, B., Cecchini, M., Ouakrim, D., Oliveira, T., Struelens, C., Monnet, D. (2019), Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A population level modeling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(1):56–66.
- Charnes A., W. W. Cooper and E. Rhodes (1978), “Measuring the Efficiency of Decision Making Units.” *EJOR* 2: 429-444.
- Clement, J. P., Valdmanis, V. G., Bazzoli, G. J., Zhao, M., & Chukmaitov, A. (2008), Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health care management science*, 11(1), 67-77.
- Creswell, J. W. (2013), *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Economou M., Peppou L. E., Souliotis K., (2016) ,The impact of the economic crisis in Greece: epidemiological perspective and community implications In *Social and Community Psychiatry*, 1st edn (ed. Stylianidis S.), pp. 469–483. Springer International Publishing.
- Giokas, D. I. (2001), Greek hospitals: how well their resources are used. *Omega*, 29(1), 73-83.
- Hollingsworth, B., Dawson, P. J., & Maniadakis, N. (1999), Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. *Health care management science*, 2(3), 161-172.
- Hu, J. L., & Huang, Y. F. (2004), Technical efficiencies in large hospitals: A managerial perspective. *International Journal of Management*, 21(4), 506-513.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., & Liaropoulos, L. (2016), The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *EJBSS*, 4, 111-25.
- Kalogeropoulou, M. (2011), Measuring the efficiency of Greek public hospitals. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(6), 667-673
- Karanikolos, M., Mackenbach, P., Notle, E., Stuckler, D., Mckee, M. (2018), Amenable mortality in the EU – has the crisis changed its course? *European Journal of Public Health*, 28(5):864–9
- Kontodimopoulos, N., Nanos, P., & Niakas, D. (2006), Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece. *Health policy*, 76(1), 49-57.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Karanikas, H., & Polyzos, N. (2018), The impact of economic crisis on the Greek hospitals' productivity. *The International journal of health planning and management*, 33(1), 171-184.
- Mody, A. (2018), *The IMF Abetted the European Union’s Subversion of Greek Democracy*. Open Democracy. Accessed on 1-1-2020 at <https://www.opendemocracy.net/>
- Mosialos, E., Dixon, A., Figueras, J., and Kutzin, J.,(2007), *Funding healthcare: Options for*

Europe. *European Observatory on Health Care Systems Series*

- Mosialos, E., Allin, S., Davaki, K., (2006), “Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”. *Health Econ*, Vol. 14
- Niakas, D., Theodorou, M., Liaropoulos, L.,(2008), Can privatising selected services benefit the public healthcare system? *Appl Health Econ Health Policy*, Vol.4, pp.153–157
- Petmesidou, M. (2019), Challenges to Healthcare Reform in Crisis-Hit Greece. *E-cadernos CES*, (31).
- Petmesidou, M., Pavolini, E., & Guillén, A. M. (2014), South European healthcare systems under harsh austerity: a progress–regression mix?. *South European Society and Politics*, 19(3), 331-352.
- Puig-Junoy, J. (2000), Technical Efficiency in clinical management. *Health Economics*, 67-81.
- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et. al., (2012), Health policy responses to the financial crisis in Europe. Geneva: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; (Policy Summary 5) Accessed on 1-11-2020 at https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., Monnet, D., al. (2018), Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveillance*, 23(46):1800516.
- Street, A., O’Reilly, J., Ward, P., Mason, A.,(2011), DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M., (eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Chapter 7, pp. 93-114, European Observatory on Health Systems and Policies Series, McGraw Hill, Open University Press.
- Schmidt, S.S.,(2008), *The measurement of productive efficiency*, New York, Oxford University Press, pp.3-67
- Yfantopoulos, J. Chantzaras, A. (2018), Drug policy in Greece. *Value in Health Regional Issues*, 16:66–73

Διαδικτυακές Πηγές

- EE C 146 της 22.6.2006. Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EL:PDF>
- EE, 2014. Ανακοίνωση της Επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά Συστήματα υγείας <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/EL/1-2014-215-EL-F1-1.Pdf>

European Commission (2019a), Enhanced surveillance Report. Greece, February 2019. Institutional Paper 099. European Commission, Brussels, Accessed on 10-9-2020 at https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip099_en.pdf

European Commission (2019b), Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Country documents 2019 update. Institutional Paper 105. Accessed on 1-9-2020 at https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip125_en.pdf
<https://www.esfhellas.gr>

Independent Authority for Public Revenue (2017), “Review on the Development and Fluctuation of Public Revenue: An Account for 2017” Accessed on 1-9-2020 at https://www.aade.gr/sites/default/files/2018-03/ekthesi_forolokikwn_esodwn_2017.pdf

Rechel, B. Richardson, E. McKee, M.(2018), The organization and delivery of vaccination services in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, Accessed on 1-10-2020 at https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_services_en.pdf

WHO (2017), WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile Greece. World Health Organization, Geneva. Accessed on 1-11-2020 at <https://www.who>

WHO Regional Office for Europe (2019a), Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece, Copenhagen. Accessed on 1-11-2020 at <https://www.who>

WHO Regional Office for Europe (2019b), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe, Copenhagen. Accessed on 1-11-2020 at <https://www.who>

Τα στοιχεία από τις κάτωθι διαδικτυακές πηγές ανακτήθηκαν κατά τον μήνα Νοέμβριο 2020.

<https://www.attikonhospital.gr>

<https://www.2dype.gr>

<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>

https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

<https://data.oecd.org/greece.htm>

<http://www.oecd.org/publications/2019-9552c910-el.htm>

<https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2020-Frequently-Requested-Data.xls>

<https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2019-Frequently-Requested-Data.xls>

<https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data.xls>

<https://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/3386/prokliti-zitisi-kai-alogisti-xrisi-ypiresiwn-ygeias.html>

<https://www.iatronet.gr/>

<http://www.imop.gr>

<https://www.capital.gr/epikairotita/3329860/pano-apo-17-500-ellines-giatroi-ergazontai-sto-exoteriko>

<https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/oikonomika-stoixeia/>

<https://www.moh.gov.gr>

https://www.minfin.gr/documents/20182/225124/proypol2011_eis_ektesh.pdf/03a6948e-d6f9-4903-8696-1ec4cc8c99d0

<https://www.pef.gr/farmaka/genosima>

www.promitheus.gov.gr

<https://www.sev.org.gr/>

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένηΕΥΤΥΧΙΑ ΧΡΟΥΣΗ..... του... ΚΟΣΜΑ- ΔΑΜΙΑΝΟΥ....., με αριθμό μητρώου ...3918..... φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ...ΔΗΜΟΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΠΟΛΙΤΙΚΗ ... του Τμήματος ...ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣτης Σχολής..... ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ.. 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 ...12 ΜΗΝΕΣ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

