Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2020-05

þÿ " Ÿ ¹ œ µ Ä ± Á Å ¸ ¼ ¯ Ã µ ¹ Â Ä ¿ Å • ¸ ½ þÿ £ Å Ã Ä ® ¼ ± Ä ¿ Â ¥ ³ µ ¯ ± Â Ã Ä · ½ • » þÿ ‘ ½ µ À ¬ Á º µ ¹ µ Â º ± ¹ Á ¿ ¿ À Ä ¹ º - Â "

þÿ š ± ¶ ¬ º · , £ Ä ± Å Á ¿ Í » ±

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± " ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â • À ¹ Ç µ ¹ Á ® Ã µ É ½ , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ º ± ¹
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/11611

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

"Οι Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Ανεπάρκειες και Προοπτικές"

Της

ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΣ ΚΑΖΑΚΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια Μαρία Γείτονα

Μάιος, 2020

Περίληψη

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να παρουσιάσει τη διαχρονική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, με στόχο να αναδείξει τις προοπτικές ανάπτυξης και το βαθμό αποτελεσματικότητας του, σύμφωνα με τις παγκόσμιες αρχές που πρέπει να διέπουν ένα εθνικό σύστημα υγείας. Για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, αρχικά γίνεται ανασκόπηση της κείμενης νομοθεσίας και στη συνέχεια πρωτογενή έρευνα στους εργαζόμενους του συστήματος υγείας, προκειμένου να γίνει συσχετισμός των ευρημάτων της έρευνας με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία.

Η έρευνα βασίστηκε σε ποσοτική μεθοδολογία με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου και ερωτήσεις κλειστού αλλά και ανοιχτού τύπου. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με δείγμα ευκολίας, από την οποία προέκυψε δείγμα 100 ατόμων οι οποίοι απασχολούνται στις δομές υγείας όπου διεξάχθηκε η έρευνα. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετίζονταν με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, με τις γνώσεις και την αξιολόγηση μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ, με τα προβλήματα και τις ανεπάρκειες του ΕΣΥ και με προτάσεις βελτίωσης των προβλημάτων αυτών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι έχουν μέτρια έως καλή γνώση των μεταρρυθμίσεων που σχετίζονται με το ΕΣΥ, έχουν μια θετική στάση απέναντι στις μεταρρυθμίσεις αλλά δεν είναι τόσο θετικοί ως προς τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι ικανοποιημένοι με την ομαλή λειτουργία του οργανισμού, τη χρηματοδότηση, το απόθεμα υλικών, την κατάσταση των υποδομών και την ομαλή λειτουργία των διαγνωστικών εργαστηρίων.

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες εκφράζουν αρνητικές ή και μέτριες πεποιθήσεις για την επάρκεια του προσωπικού, τα ωράρια εργασίας, το μισθό, τους χρόνους αναμονής των ασθενών, την παρακίνηση για αποδοτική εργασία. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, πως αρκετοί εργαζόμενοι έχουν εκφράσει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που σχετίζονται με την εργασία τους.

Τέλος, σημειώθηκαν και προβλήματα του ΕΣΥ όπως η κακή ηγεσία, οι άκριτες προσλήψεις, η μακρά νοσηλεία, η έλλειψη εκπαίδευσης προσωπικού, η

γραφειοκρατία και άλλα. Ως προτάσεις βελτίωσης σημειώθηκαν η αύξηση οργάνωσης, η σωστή κατανομή του προσωπικού, η βραχεία νοσηλείας, η εξειδίκευση σε συγκεκριμένες περιοχές, η εκπαίδευση προσωπικού, η μείωση της γραφειοκρατίας, ο έλεγχος προμηθειών κ.ά..

Λέξεις Κλειδιά: Ελλάδα, Ε.Σ.Υ., Μεταρρύθμιση, Αποτελεσματικότητα, Εργαζόμενοι Υγείας

Abstract

The present diploma thesis attempts to present the evolution of the National Health System in Greece over time, with the aim of highlighting its development prospects and degree of effectiveness, in line with the global principles that should govern a national health system. To answer the research questions of the diploma thesis, at the beginning reviewed the existing bibliography and after the primary research on health care workers, in order to correlate the research findings with those reported in the literature.

The research was based on a quantitative methodology using a structured questionnaire with closed and open-ended questions. The sampling was performed using convenient sample, which resulted in a sample of 100 people working in the health structures where the research was conducted. The questions were related to the demographic characteristics of the participants, the knowledge and assessment of the National Healthcare System reforms, the problems and shortcomings of the National Healthcare System, and suggestions for improving these problems.

Results showed that employees are having moderate to good knowledge of the National Healthcare System related reforms, have a positive attitude towards those reforms but are not as positive when it comes to the expected outcomes. In addition, the factors that the sample appears to be satisfied with, are related to the smooth functioning of the organization, funding, material stock, infrastructure status, and the functioning of the diagnostic laboratories.

However, the sample expresses negative or even moderate beliefs about staff adequacy, working hours, salary, patient waiting times, motivation for efficient work. It is also worth noting, that the sample feels burnout by their work.

Finally, the sample also noted problems of the National Healthcare System such as poor leadership, inadequate recruitment, long hospitalization, lack of staff training, bureaucracy and more. Suggestions for improvement were increased organization, proper staff allocation, short hospitalization, specialization in specific areas, staff training, bureaucracy reduction, procurement control and more.

Key Words: Greece, NHS, Reform, Effectiveness, Health Employees

Περιεχόμενα

Περίληψη 2

Abstract 4

Εισαγωγή 9

Κεφάλαιο 1 14

Η περίοδος πριν το ΕΣΥ 14

1.1 Οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία του ΕΣΥ 14

Κεφάλαιο 2 17

Η περίοδος από το 1983 έως το 2009 17

2.1 Τα κυριότερα σημεία του ν.1397/1983 17

2.2 Κύριες νομοθετικές παρεμβάσεις μέχρι το 2009 21

Κεφάλαιο 3 28

Ανεπάρκειες και Προοπτικές ανάπτυξης του ΕΣΥ 28

3.1 Η πρόσφατη κρίση και ο τομέας υγείας στην Ελλάδα 28

3.1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 32

3.4 Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης 36

3.4.1 Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ 36

3.4.2 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση 37

3.4.3 Γενόσημα φάρμακα 39

3.4.4 Οικογενειακός γιατρός - Τοπικές Μονάδες Υγείας 40

3.4.5 Υγειονομική κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού 43

3.5 Προκλήσεις και προοπτικές ανάπτυξης του ΕΣΥ 43

Κεφάλαιο 4 57

Έρευνα 57

4.1 Μεθοδολογία έρευνας 57

4.2 Σκοπός της έρευνας 59

4.3 Επιμέρους στόχοι 59

4.4 Δείγμα 60

4.5 Δειγματοληψία 61

4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και περιγραφή εργαλείου 62

4.7 Διαδικασία έρευνας 64

4.8 Διαδικασία ανάλυσης 65

4.9 Ηθική έρευνας 65

4.10 Δυσκολίες έρευνες 66

4.11 Ερευνητικά ερωτήματα 67

Κεφάλαιο 5 68

5.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων 68

5.1.1 Δημογραφικά 68

5.1.2 Αξιολόγηση μεταρρυθμίσεων 69

5.1.3 Γνώσεις μεταρρυθμίσεων 70

5.1.4 Αποτελέσματα μεταρρυθμίσεων 71

5.1.5 Βαθμός ικανοποίησης από τόπο εργασίας 72

5.1.6 Επάρκεια προσωπικού 73

5.1.7 Κατανομή ειδικοτήτων και πλήθους εργαζομένων 74

5.1.8 Στάση απέναντι στα ωράρια εργασίας 75

5.1.9 Ικανοποίηση από μισθό 75

5.1.10 Χρηματοδότηση τόπου εργασίας 76

5.1.11 Διαδικασία αξιολόγησης 77

5.1.12Λειτουργία διαγνωστικών εργαστηρίων 78

5.1.13 Χρόνοι αναμονής ασθενών 78

5.1.14 Απόθεμα υλικών 79

5.1.15 Κατάσταση υποδομών 80

5.1.16 Παρακίνηση για αποδοτική εργασία 80

5.1.17 Επαγγελματική εξουθένωση 81

5.1.18 Κατανομή προβλημάτων ΕΣΥ 82

Κεφάλαιο 6ο Συμπεράσματα έρευνας 86

6.1 Συζήτηση-Αποτελέσματα 86

6.2 Γενικά συμπεράσματα 90

6.3 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες 95

Βιβλιογραφικές Αναφορές 96

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία 96

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία 101

Παράρτημα 107

Ερωτηματολόγιο 107

Περιεχόμενα Εικόνων

Σχήμα1: Κατανομή ειδικοτήτων 69

Σχήμα2: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης 73

Σχήμα3: Κατανομή επάρκειας προσωπικού 74

Σχήμα4: Κατανομή ειδικοτήτων και πλήθους εργαζομένων 74

Σχήμα5: Κατανομή ικανοποίησης ωραρίων εργασίας 75

Σχήμα6: Κατανομή ικανοποίησης από το μισθό 76

Σχήμα7: Κατανομή επαρκούς χρηματοδότησης 77

Σχήμα8: Κατανομή διαδικασιών αξιολόγησης.....77

Σχήμα9: Κατανομή ομαλής λειτουργίας διαγνωστικών εργαστηρίων 78

Σχήμα10: Κατανομή ικανοποίησης χρόνων αναμονής ασθενών 79

Σχήμα11: Κατανομή αποθέματος αναλώσιμων.....79

Σχήμα12: Κατανομή κατάστασης υποδομών 80

Σχήμα13: Κατανομή δείγματος ως προς την παρακίνησή του 81

Σχήμα14: Κατανομή δείγματος ως προς την επαγγελματική εξουθένωσή του.....82

Σχήμα15: Κατανομή δείγματος ως προς τα προβλήματα του ΕΣΥ.....83

Σχήμα16: Κατανομή δείγματος ως προς τις προτάσεις βελτίωσης του ΕΣΥ 85

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1: Κατά κεφαλή δαπάνη για την Υγεία, Ευρώπη, 2017……..44

Εικόνα 2: Ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, 2015……...45

Εικόνα 3: Ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών 2017……... 46

Εικόνα 4: Κατανομή δαπανών των ασθενών, Ελλάδα & Ευρώπη, 2015……47

Εικόνα 5: Κατανομή δαπανών των ασθενών, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017……47

Εικόνα 6: Γενόσημα φάρμακα, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017……..49

Εικόνα 7: Θνησιμότητα, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017.....53

Εισαγωγή

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και απαιτεί μια πολύ προσεκτική και ολιστική προσέγγιση. Οι λόγοι είναι πολλοί, με έναν από τους πιο σημαντικούς να είναι το γεγονός πως το αγαθό υγεία είναι ένα από τα πολυτιμότερα, με τους πολίτες να ενδιαφέρονται για τη μέγιστη αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα και η αμεσότητα είναι απαραίτητα στοιχεία, ταυτόχρονα με την εισαγωγή νέων τεχνολογιών στο σύστημα υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, καθίσταται αναγκαίο για τα συστήματα υγείας να σχεδιάζονται και να λειτουργούν με σκοπό την ικανοποίηση του ασθενή, προσφέροντας τους, εκείνες τις υπηρεσίες που θα τους οδηγήσουν στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας τους. Οι Δικαίος και συν (1999) έχουν ορίσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ως το σύνολο των ιατρικών φροντίδων μαζί με τους μηχανισμούς που διανέμουν τις ιατρικές φροντίδες στους χρήστες του συστήματος υγείας.

Κάθε απόπειρα θεσμικής μεταβολής του συστήματος υγείας συνιστά πολιτική απόφαση, που έχει διαμορφωθεί συνήθως μέσα από μια ώριμη ανάλυση των δεδομένων και αφού έχουν ληφθούν υπόψη οι γνώμες και οι αντιδράσεις των πρωταγωνιστών του συστήματος υγείας. Θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένας κύκλος που ξεκινά από την πολιτική και καταλήγει σε αυτή. Ενδιάμεσα υπάρχουν οι επί μέρους πρωταγωνιστές, που παίζουν σημαντικό ρόλο και τελικά με το βάρος και την πολιτική τους δύναμη, διαμορφώνουν την κατεύθυνση της υγειονομικής μεταρρύθμισης (Νιάκας, 2002). Η μεταρρύθμιση των σύγχρονων συστημάτων υγείας εμφανίζεται σε διεθνές επίπεδο από το τέλος του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου και παρατηρείται συνεχώς, μέχρι και σήμερα (Ζάβρας και συν, 2002).

Η πολιτική μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία. Εκτός από το καθαρά πολιτικό επίπεδο, οφείλει να εκτιμήσει και να λάβει υπόψη της, όλους τους άλλους παράγοντες που με τον έναν ή τον άλλο τρόπο επιδρούν και καθορίζουν το τελικό αποτέλεσμα. Έχει να διαχειριστεί το οικονομικό περιβάλλον, το οποίο οφείλει να συμφωνεί με τις προτάσεις πολιτικής και κυρίως να διαχειριστεί συγκρουόμενα συμφέροντα, τα οποία μπορεί να αντιδράσουν σε συνθήκες αντιληπτού κινδύνου ή απώλειας (Νιάκας, 2002).

Στο πλαίσιο διαμόρφωσης των μοντέλων κράτους - πρόνοιας που άρχισαν να διαμορφώνονται στις χώρες του ευρωπαϊκού Βορρά, συνέπεια της αντιμετώπισης σημαντικών κοινωνικών ζητημάτων, ενισχύθηκε η άποψη της δημιουργίας νέων και περισσότερο ολοκληρωμένων μορφών κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης (Tzagkarakis&Mavrozacharakis, 2017).

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο & Νιάκα (1994), σε ένα εθνικό σύστημα υγείας υπάρχει άμεσος έλεγχος του κράτους στην παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας, χωρίς να υφίσταται επιβάρυνση του χρήστη στο σημείο εισόδου. Ο θεωρητικός, ο οποίος έχει προσδιορίσει τις αρχές που είναι ανάγκη να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι ο Cochrane. Ο Cochrane υποστήριξε πως (Hill, 2000):

i. Μια ιατρική παρέμβαση για να καταστεί αποτελεσματική, πρέπει να αποδειχτεί πως είναι καλύτερη από την βλάβη που έχει προκληθεί,
ii. ένα εθνικό σύστημα για να παράγει θετικά αποτελέσματα, είναι αναγκαίο οι διαθέσιμοι πόροι να οδηγούν σε μεγιστοποίηση της παροχής ιατρικής παρέμβασης,
iii. η ισότητα αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στην περίθαλψη και την παροχή ισότιμων υπηρεσιών υγείας, χωρίς να παίζουν ρόλο οι παράγοντες διαφοροποίησης της ανθρώπινης οντότητας.

Το κράτος πρόνοιας που εκφράζεται και από τα εθνικά συστήματα υγείας, τα τελευταία χρόνια λόγω της κρίσης, ήρθε αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Δέχθηκε ισχυρή πίεση, κυρίως στις χώρες του νότου που αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα από την αρχή της κρίσης το 2009 και στη συνέχεια (Πετμεζίδου και συν, 2015).

Ισχυρή πίεση δέχθηκε ο υγειονομικός τομέας, καθώς η στέρηση πόρων από το κράτος πρόνοιας ταυτίστηκε με μεγάλες δομικές μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Πετμεζίδου και συν, 2015). Συγκεκριμένα και όπως αναφέρεται από τον Νιάκα (2014), οι σημαντικότερες υποχρεώσεις που ανέλαβε η Ελλάδα αναφορικά με το σύστημα υγείας ως προς τους δανειστές (περίοδος μνημονίων), ήταν σχετικές με τη μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, με την ταυτόχρονη αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος, που θα προέλθει μέσω μεταρρυθμιστικών προσπαθειών.

Την ίδια χρονική περίοδο τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν σε πρωτοφανή επίπεδο και οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί μειώθηκαν. Η συνέπεια αυτών των παραγόντων είναι η μείωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και η αύξηση του όγκου των ασθενών που επιλέγουν τις δομές του ΕΣΥ για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας τους. Είναι η περίοδος που φάνηκαν οι διαχρονικές στρεβλώσεις του συστήματος υγείας, που είχε εξαρχής δομηθεί σε ένα περιβάλλον όπου κυριαρχούσε η αδιαφάνεια, η πολιτικοποίηση και υπήρχε απουσία ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδίου. Ωστόσο, παρά τις σημαντικότατες δυσκολίες σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν πρωτοβουλίες που παρήγαγαν θετικά αποτελέσματα, όπως είναι για παράδειγμα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ και η ελεύθερη πρόσβαση των ανασφάλιστων στο ΕΣΥ.

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της πορείας που έχει διαγράψει το ΕΣΥ από το 1983 που ιδρύθηκε, μέχρι και σήμερα. Μέσω της διερεύνησης αναμένεται να προκύψουν πληροφορίες για τις συνθήκες που διαμόρφωσαν τη λειτουργία του ΕΣΥ, καθώς επίσης και στοιχεία για τους λόγους που οδήγησαν στις πολλές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις. Παράλληλα, θα προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα για τις παθογένειες του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας και πληροφορίες για την οικονομική κακοδιαχείριση του ΕΣΥ, οι οποίες θα οδηγήσουν στη διερεύνηση των επιμέρους στόχων της έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας αποσκοπούν στη διερεύνηση των ανεπαρκειών και των προβλημάτων που χαρακτηρίζουν σήμερα τη λειτουργία του ΕΣΥ και στην αποτύπωση των προοπτικών που υπάρχουν για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης. Για να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι της έρευνας, μελετώνται απόψεις και αντιλήψεις ανθρώπων που εργάζονται στο χώρο της δημόσιας υγείας, ώστε να καταστούν σαφή τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα τους, αναφορικά με την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, τα ερωτήματα εστιάζονται στον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται υπηρεσίες υγείας στα σημερινά δημόσια νοσοκομεία, σε τι βαθμό έχουν αλλάξει οι προσφερόμενες υπηρεσίες σε σχέση με το παρελθόν και ποιες είναι οι προοπτικές βελτίωσης της κατάστασης, ώστε να επέλθουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για το ΕΣΥ.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας είναι:

i. Σε τι βαθμό οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου γνωρίζουν τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο ΕΣΥ κατά την τελευταία δεκαετία της οικονομικής κρίσης;
ii. ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που θεωρούν πως έχουν επιφέρει οι μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ;
iii. ποιες είναι οι προτάσεις και οι μεταρρυθμίσεις που εκτιμούν ότι, πρέπει να γίνουν, ώστε να δημιουργηθούν προοπτικές βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΕΣΥ;

Η ίδρυση του ΕΣΥ, το 1983, προέκυψε ως μια ανάγκη που έπρεπε να καλύψει το κράτος απέναντι στους πολίτες του, ώστε να προσφέρει συνολική, ισότιμη και οργανωμένη περίθαλψη σε όσους πολίτες την έχουν ανάγκη. Ωστόσο, οι δυσλειτουργίες και οι παθογένειες που χαρακτηρίζουν το ελληνικό δημόσιο δεν άργησαν να επηρεάσουν και το σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα να εισέλθει σε μία διαδικασία μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, οι οποίες συνέβαλαν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η περίθαλψη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας αποτελεί το σπουδαιότερο αγαθό, το οποίο οι πολίτες του κάθε κράτους επιθυμούν να παρέχεται επαρκώς και να ανταποκρίνεται στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες τους. Στο πλαίσιο αυτό, η οικονομική κρίση και οι μεταρρυθμίσεις που θεσπίστηκαν στο κατά την περίοδο των μνημονίων, έχουν προκαλέσει πολλά προβλήματα και ανεπάρκειες, οι οποίες έχουν υποβαθμίσει στην αντίληψη των πολιτών την έννοια του ΕΣΥ.

Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση του θέματος, ώστε να καταστεί δυνατή η συλλογή στοιχείων σχετικά με τις ανεπάρκειες, τα προβλήματα και τις αδυναμίες που χαρακτηρίζουν έναν τομέα, τόσο ευαίσθητο και σημαντικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η περίοδος πριν την ίδρυση του ΕΣΥ και γίνεται αναφορά στους κύριους λόγους που συνέβαλαν στην ανάγκη σχεδιασμού και νομοθέτησης του ΕΣΥ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αποτυπώνονται τα κυριότερα σημεία του ν.1397/1983, τα προβλήματα και οι ανεπάρκειες που παρουσιάστηκαν τα χρονικά διαστήματα

υλοποίησης του νόμου και γίνεται λεπτομερή αναφορά στις νομοθετικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν την περίοδο μέχρι το 2009 που ξεκίνησε η κρίση.

Στο τρίτο κεφάλαιο επιχειρείται ο προσδιορισμός των προοπτικών ανάπτυξης του ΕΣΥ, μέσω των παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε ποικίλα ζητήματα του τομέα υγείας την περίοδο από το 2009 μέχρι σήμερα, με σκοπό την ανάδειξη του βαθμού αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία της έρευνας μέσω της οποίας περιγράφεται το πλαίσιο της έρευνας, ο σκοπός της, οι επιμέρους στόχοι, το δείγμα, η δειγματοληψία, η μέθοδος συλλογής δεδομένων, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, η διαδικασία έρευνας, η διαδικασία ανάλυσης, η ηθική έρευνας, οι δυσκολίες της και τέλος τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα αποτελέσματα της έρευνας όπως αυτά προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση των απαντήσεων του δείγματος και με βασικό σκοπό την παροχή απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα. Παράλληλα αναπτύσσονται και τα βασικά συμπεράσματα της στατιστικής ανάλυσης,

Τέλος, ακολουθεί το τμήμα των γενικών συμπερασμάτων της εργασίας που περιλαμβάνει τόσο τα γενικά συμπεράσματα της συγκεκριμένης εργασίας αλλά και τη σύγκριση αυτών με συμπεράσματα άλλων εγχώριων και διεθνών ερευνών.

Κεφάλαιο 1
Η περίοδος πριν το ΕΣΥ

1.1 Οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία του ΕΣΥ

Την περίοδο πριν το 1983, τα υγειονομικά συστήματα βρίσκονταν σε κρίση. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της κρίσης είναι (Παρασκευόπουλος, 1995):

i. το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και τα προβλήματα που δημιουργεί στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας,
ii. η μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των πόρων υγείας, λόγω της αναποτελεσματικότητας των συστημάτων ιατρικής περίθαλψης,
iii. οι κοινωνικές ανάγκες που παρουσίασαν αύξηση και η διευρυμένη απαίτηση του συνόλου της κοινωνίας για την επάρκεια και βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας,
iv. η αδυναμία του κράτους να ικανοποιήσει τις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες, με συνέπεια τη δημιουργία έντονων κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων.

Οι μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στη μεγιστοποίηση του οφέλους για τον πολίτη και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Ζάβρας και συν, 2002). Όσον αφορά στην Ελλάδα, με τη σύσταση του Ελληνικού κράτους δημιουργήθηκαν οι πρώτοι θεσμοί και νόμοι, που καθόρισαν τη μορφή και τη μετέπειτα πορεία της χώρας. Μετά τη μεταπολίτευση, με το ν. 123/1975 έγιναν κάποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για την οργάνωση του συστήματος υγείας. Πιο σημαντικές από αυτές είναι η χορήγηση μισθών στους ειδικευόμενους γιατρούς και λειτούργησε και πάλι η Υγειονομική Σχολή Αθηνών. Κάποια σχέδια και προγράμματα όπως το σχέδιο Πάτρα το 1982, τα προγράμματα του ΚΕΠΕ για την υγεία που σχεδιάστηκαν το 1976 και το 1979 και το σχέδιο Δοξιάδη το 1981, δεν υιοθετήθηκαν από τις κυβερνητικές πολιτικές.

Γενικώς, η κατάσταση που επικρατούσε στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ, χαρακτηρίζεται ως *«αξιοθρήνητη»* με αποτέλεσμα να μην υφίσταται αξιόλογη περίθαλψη για τους πολίτες του ελληνικού κράτους. Η

ίδρυση του ΕΣΥ έθεσε τις βάσεις για την παροχή μιας ολοκληρωμένης ιατρό – φαρμακευτικής περίθαλψης σε δημόσιους νοσοκομειακούς χώρους, οι οποίοι θα είναι πλήρως στελεχωμένοι με ανθρώπινο δυναμικό και με την κατάλληλη υλικό - τεχνική υποδομή (Τούντας, 2002).

Είναι γεγονός ότι, η δημιουργία του ΕΣΥ, η οποία συνέπεσε με την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), ακολούθησε ευρωπαϊκά πρότυπα, με σκοπό να δημιουργηθεί ένα άρτιο δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα, το οποίο θα παρείχε ποιοτικές υπηρεσίες. Εκείνη την εποχή, η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΈ, συνέβαλε στην εναρμόνιση πολλών τομέων της χώρας με τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Ωστόσο, τα ευρωπαϊκά συστήματα δημόσιας υγείας, κατά τη δεκαετία του 1980, έμπαιναν σε μία φάση μετασχηματισμού, προωθώντας αλλαγές που θα επέτρεπαν την αναπτυξιακή τους πορεία. Συνεπώς, το ΕΣΥ ιδρύθηκε κατά μίμηση ενός ευρωπαϊκού νοσοκομειακού προτύπου, το οποίο βρισκόταν σε φάση παρακμής και ετοιμαζόταν να αλλάξει. Έτσι, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι, από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του ΕΣΥ υπήρξαν πιέσεις για μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στο σύστημα που είχε δημιουργηθεί (Αντωνοπούλου, 2008).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, στην Ευρώπη ξεκίνησε μια προσπάθεια πειθαρχίας στα δημοσιονομικά των κρατών μελών, έτσι ώστε να επιτευχθεί η κοινή νομισματική πολιτική που συμφωνήθηκε στη Συνθήκη του Μάαστριχτ το 1992. Έτσι, λοιπόν, μεταξύ άλλων, η δημόσια χρηματοδότηση του ΕΣΥ άρχισε να δέχεται πιέσεις και το κόστος της περίθαλψης άρχισε να βαραίνει τους ιδιωτικούς τομείς ασφάλισης και τους ίδιους τους πολίτες. Μέσα στην πρώτη δεκαετία αλλάζει σημαντικά ο σκοπός ίδρυσης του ΕΣΥ, που δεν ήταν άλλος, παρά η ισότιμη και καθολική πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Κύριο χαρακτηριστικό της περιόδου πριν τη σύσταση του ΕΣΥ, αποτελεί η απουσία σχετικής εθνικής στρατηγικής. Μετά τη λήξη του Β΄Παγκοσμίου Πολέμου περί το 1953, φαίνονται τα πρώτα ψήγματα οργάνωσης ενός συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, στο ν. 2592/1953 περιλαμβάνονται διατάξεις για την ανάπτυξη ενός συστήματος που δομείται στις περιφέρειες και έχει χαρακτηριστικά αποκέντρωσης. Για το λόγο αυτό, προβλέπεται η ελληνική επικράτεια να διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για πρώτη φορά γίνεται αναφορά στην ίδρυση αγροτικών ιατρείων, για την κάλυψη της υγείας του αγροτικού πληθυσμού.

Στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που αποτελεί βασικό πυλώνα ανάπτυξης του ΕΣΥ, ουσιαστικά ακολούθησε τη συνολική πορεία

του συστήματος υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρνού, 2008). Για την ΠΦΥ δεν υπήρχε ένα σχεδιασμένο και δομημένο πλαίσιο λειτουργίας, πριν τη θέσπιση του ΕΣΥ το 1983, όπου έγινε σαφής αναφορά σε αυτό. Παρόλα αυτά παρέχονταν υπηρεσίες σχετικές με την ΠΦΥ σε υγειονομικούς σταθμούς και αγροτικά ιατρεία. Σε ένα πιο συντονισμένο πλαίσιο αναφέρεται χαρακτηριστικά στο ΦΕΚ 53/26-03-1969 πως η « επισκέπτρια αδελφή » μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε κέντρα κοινωνικής πολιτικής και υγειονομικούς σταθμούς σχετικά με την προστασία της μητρότητας και του παιδιού, δηλαδή υπηρεσίες που αποτελούν στοιχείο της ΠΦΥ. Ακόμα πιο παλιά, στο ΦΕΚ 328/τ.Α΄/1923 αναφέρονται υγειονομικά εργαστήρια και νομίατροι, που εμπλέκονται στην προσφορά υπηρεσιών ΠΦΥ.

Κεφάλαιο 2

Η περίοδος από το 1983 έως το 2009

2.1 Τα κυριότερα σημεία του ν.1397/1983

Στην Ελλάδα το ΕΣΥ θεσπίστηκε το 1983 και είχε τους παρακάτω βασικούς άξονες (Παρασκευόπουλος, 2005):

i. Αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος, ταυτόχρονα με την κατανομή των πόρων ανάλογα με ανάγκες κάθε περιφέρειας της χώρας,

ii. κοινωνικός έλεγχος του συστήματος με τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης, των συνδικαλιστικών και επιστημονικών οργανώσεων,

iii. θεσπίζεται το νέο πρότυπο του γιατρού του ΕΣΥ που εργάζεται με πλήρη και αποκλειστική σχέση εργασίας,

iv. ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπάρχει πρόβλεψη για την ίδρυση 400 Κέντρων Υγείας, με τα μισά από αυτά να προορίζονται για την κάλυψη αναγκών του αγροτικού πληθυσμού,

v. ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Η δημιουργία του ΕΣΥ όπως πραγματοποιήθηκε με τον ν.1397/1983 και έγινε σύμφωνα με τις αρχές του Συντάγματος της Ελλάδος και συγκεκριμένα του άρθρου 21 που αναφέρει πως «η *Υγεία είναι δημόσιο αγαθό (ατομικό και κοινωνικό) την προστασία του οποίου εγγυάται το κράτος […] κάθε πολίτης έχει υποκειμενικό δημόσιο δικαίωμα σε ισότιμη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα της υγείας του*».

Αποτελεί στην πραγματικότητα την πρώτη απόπειρα νομοθετικής μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος της χώρας μεταπολιτευτικά. Με το ν. 1397/1983 επιχειρήθηκε μια συνολική μεταρρύθμιση του υφιστάμενου υγειονομικού συστήματος, με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας να περνάει στον έλεγχο του

κράτους. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου μετατράπηκαν σε δημοσίου δικαίου, απαγορεύτηκε η ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και ξεκίνησε η δημιουργία νέων κρατικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τη μορφή των Κέντρων Υγείας.

Ο ν.1397/1983 ουσιαστικά ανέδειξε την ΠΦΥ ως το βασικό πυλώνα οργάνωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, στοιχείο που μέχρι και σήμερα δεν έχει αμφισβητηθεί από κανέναν. Επιδίωξη του νομοθέτη αποτέλεσε ο σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και προς αυτήν την κατεύθυνση ενσωματώθηκαν στο νόμο καινοτόμες αντιλήψεις, σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Την ίδια στιγμή επιδιώχθηκε η διεύρυνση του ρόλου της πολιτείας, με την ισότιμη και καθολική προσφορά υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, χωρίς να παίζουν ρόλο τα κοινωνικά κριτήρια. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός σχεδιάστηκε ένα σύστημα ΠΦΥ με κορμό τα Κέντρα Υγείας.

Λόγω της αναφοράς στην ΠΦΥ, πρέπει να αναφερθούν τα χαρακτηριστικά που έχει προσδώσει ο ΠΟΥ για την ΠΦΥ. Συγκεκριμένα την προσδιορίζει ως:

i. Μια φιλοσοφία που στο επίκεντρο της λειτουργίας της έχει θέσει την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την αυτοδύναμη ανάπτυξη,
ii. μία στρατηγική που κατά το σχεδιασμό της λαμβάνει υπόψη τον ολιστικό και δια-τομεακό χαρακτήρα της υγείας,
iii. ένα πλαίσιο δραστηριοτήτων που προσδοκά τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας του πληθυσμού, μέσω της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας.

Σημαντική πρόνοια στο νόμο αποτελεί η αποδοχή της θέσης ότι, υγεία είναι ένα υπέρτατο κοινωνικό αγαθό και στη βάση θα αναπτυχθεί το μοντέλο κράτους πρόνοιας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014; Δημουλάς & Οικονόμου, 2012). Ένας βασικός στόχος της μεταρρύθμισης, σχετίζεται με την ανάγκη βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, που θα προέλθει μέσω της αναδιοργάνωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Άλλες σημαντικές παράμετροι του ν. 1397/1983 είναι:

i. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
ii. η ίδρυση των Κέντρων Υγείας ως τον πυρήνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

iii. η διοικητική σύνδεση των περιφερειακών αγροτικών ιατρείων με τα Κέντρα Υγείας,
iv. η αναφορά στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού,
v. η αναφορά στο δικαίωμα των πολιτών να επιλέγουν τον οικογενειακό τους γιατρό,
vi. η πρόβλεψη για αύξηση των εργαζομένων υγειονομικών υπαλλήλων.

Την περίοδο του πρώτου σταδίου εφαρμογής του ν. 1793/1983, δημιουργούνται πολλά σημεία πρώτης επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, ωστόσο ουσιαστικές υπηρεσίες ΠΦΥ δεν προσφέρονται σε κάποιο από αυτά τα σημεία (Μπένος, 1996). Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό το στοιχείο της διάκρισης της περίθαλψης που προσφέρεται από το δημόσιο σύστημα υγείας, στην ένδο-νοσοκομειακή και την έξω-νοσοκομειακή (Βελονάκη & Αδαμακίδου, 2015).

Μεγάλη σημασία έδωσε ο νομοθέτης στις αρμοδιότητες των Κέντρων Υγείας. Οι Γιανασμίδης και Τσιαούση (2012) αναφέρουν πως τα Κέντρα Υγείας ταυτίζονται με τους χώρους στους οποίους θα γίνεται προαγωγή και άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής, η παροχή ενός πλαισίου υπηρεσιών που άπτονται της κοινωνικής φροντίδας και η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και σχολικής υγιεινής.

Οι εμπνευστές του ν. 1793/1983 είχαν βαθιά την πεποίθηση πως με την εφαρμογή του νόμου αντιμετωπίζονταν τα πιο συχνά και κύρια ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία, στον τόπο κατοικίας του ελληνικού πληθυσμού. Επιπλέον θα περικόπτονταν περιττές δαπάνες, λόγω της μείωσης των εισαγωγών στις κλινικές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Η μεταρρύθμιση του 1983 στόχευε στην καθιέρωση ενός κρατικού μονοπωλίου στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, με τους προμηθευτές των υπηρεσιών να εργάζονται αποκλειστικά για το ΕΣΥ. Επιχειρήθηκε η οικοδόμηση του κράτους-πρόνοιας και η εφαρμογή του στις αρχές της ισότητας αναφορικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Με τη θέσπιση του ΕΣΥ η χώρα διαιρέθηκε σε 9 υγειονομικές περιφέρειες, με σκοπό την αποκέντρωση του συστήματος. Ιδρύθηκε το ΕΣΥ ως το ανώτατο συμβουλευτικό όργανο στον τομέα του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και του συντονισμού των υπηρεσιών υγείας στη χώρα και ως ανώτατο όργανο ελέγχου, για την εφαρμογή των προγραμμάτων για την υγεία από τις υγειονομικές περιφέρειες.

Ο ν. 1397/1983 επιχείρησε να αντιμετωπίσει όλα τα χρόνια προβλήματα που πλήττουν εκείνη την περίοδο τις υπηρεσίες υγείας και συνάντησε ποικίλες αντιδράσεις από δύο κυρίως χώρους: από μια μεγάλη μερίδα γιατρών που πρόβαλαν ως λόγο αντίδρασης την «*αποκλειστική απασχόληση*» και από τους ασφαλισμένους στα ευγενή ταμεία, που αντέδρασαν στην ενοποίηση των ταμείων. Στην πορεία και λόγω των αντιδράσεων, έγιναν αρκετές υποχωρήσεις από την πολιτεία, που οδήγησαν στην αλλοίωση του χαρακτήρα των μεταρρυθμίσεων που προέβλεπε ο αρχικός νόμος.

Την ίδια στιγμή παραμελήθηκαν ζητήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, της αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ο τομέας ΠΦΥ ισχυροποιήθηκε με το νόμο του ΕΣΥ, παρόλα αυτά φάνηκε από την πρώτη στιγμή τα σημαντικά οργανωτικά προβλήματα, που οδήγησαν σε δυσλειτουργίες. Το κυρίαρχο ζήτημα αποτελεί ο κατακερματισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Άλλο ένα σημαντικό ζήτημα είναι η έλλειψη σχεδιασμού και μακροπρόθεσμης στρατηγικής, που οδήγησε σε απουσία ολοκληρωμένων πολιτικών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ισότητας, ποιότητας και του βαθμού πρόσβασης σε υπηρεσίες του ΕΣΥ(Χλέτσος,1999). Ουσιαστικά το ΕΣΥ με τον τρόπο που οργανώθηκε, δε μπόρεσε να καλύψει τις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Υπό αυτό το πρίσμα, σύμφωνα με τον Λιονή & Κούτη (1992), τα Κέντρα Υγείας παρείχαν σε υψηλό βαθμό υπηρεσίες συνταγογράφησης, χωρίς να επιχειρούν τη ανάπτυξη συνεργειών με τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Από την πρώτη στιγμή φάνηκε η απουσία σχεδιασμού σχετικά με τη μετακύλιση πόρων για τη στήριξη του ΕΣΥ. Δεν προβλέφθηκε η ανακατανομή των πόρων σε σχέση με το παρελθόν και απουσίαζε η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παράγονταν στα Κέντρα Υγείας (Προβόπουλος και Υφαντόπουλος, 1990). Περαιτέρω, σύμφωνα με τους Προβόπουλο & Υφαντόπουλο (1990), εκείνη την περίοδο στη χώρα, που αποτελούν και τα πρώτα χρόνια της μεταπολίτευσης, είχε δημιουργηθεί ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζονταν από μεγάλη παραοικονομία σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής. Ιδιαίτερα στον τομέα υγείας, είχε οξυνθεί η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, πρόβλημα που έγινε εμφανές σταδιακά, με την αδυναμία των ασφαλιστικών ταμείων να ανταπεξέλθουν στον αυξημένο όγκο των δαπανών.

Με το νόμο περί ΕΣΥ, ο νοσοκομειακός τομέας κρατικοποιείται πλήρως. Στοιχεία εκείνης της περιόδου δείχνουν πως λειτουργούν 130 νοσοκομεία, εκ των οποίων τα 105 είναι γενικά και τα 25 ειδικά. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία, στεγάζονται σε κτίρια που προορίζονται για άλλες χρήσεις, με τις ελλείψεις στην κτιριακή τους υποδομή να επηρεάζει τη λειτουργία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πρέπει να αναφερθεί πως μετά την εφαρμογή του ν. 1793/1983, τα θεραπευτήρια μειώθηκαν κατά 39%, που οφείλεται στη μείωση των ιδιωτικών νοσοκομείων. Από το 1974 έως το 1990 το σύνολο των κρεβατιών μειώθηκε κατά 8,7% (Παρασκευόπουλος, 1995).

Είναι η περίοδος που ο ιατρικός και λοιπός εξοπλισμός, εισάγεται ραγδαία στα νοσοκομεία, ωστόσο δεν είναι ορθολογικά κατανεμημένος και κεντρικά σχεδιασμένος. Εμφανίζονται προβλήματα στην αξιοποίηση της υπάρχουσας τεχνολογίας, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού, αλλά και κατάλληλων χώρων για την εγκατάσταση τους. Επίσης, προβλήματα παρουσιάζονται στη συντήρηση και την ασφάλεια λειτουργίας των μηχανημάτων, λόγω της υποτυπώδους λειτουργίας των τεχνικών υπηρεσιών των νοσοκομείων.

2.2 Κύριες νομοθετικές παρεμβάσεις μέχρι το 2009

Στην παρούσα ενότητα αποτυπώνονται εν εκτάσει, οι κύριες νομοθετικές παρεμβάσεις σχετικές με το ΕΣΥ από το 1983 μέχρι και το 2009.

1) Ο ν.2071/1992. Ο συγκεκριμένος νόμος έχει τον τίτλο *«Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας»* και προέβλεπε τη διεύρυνση της έννοιας της ΠΦΥ.

Σημαντικές αλλαγές θεσμοθετήθηκαν με τον ν. 2071/1992, κυρίως λόγω της φιλελεύθερης πολιτικής της νέας Κυβέρνησης. Η βασική επιδίωξη του νόμου ήταν να ελεγχθεί το κόστος. Οι μεταρρυθμίσεις μεταξύ άλλων περιλάμβαναν την ελεύθερη ίδρυση νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου, τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος και την αύξηση των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων για να τονωθεί ο ανταγωνισμός. Επίσης, σημαντικά μέτρα είναι η θέσπιση του ατομικού βιβλιαρίου υγείας για τη δυνατότητα επιλογής και ίσης δυνατότητας πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Επικρατεί μια στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας, καθώς δόθηκε το δικαίωμα σε ιδιώτες να αναπτύσσουν δομές προ-νοσοκομειακής φροντίδας. Όπως αναφέρεται από τη Μητροσύλη (1999) ο ρόλος της ΠΦΥ διευρύνεται, καθώς δίνεται το δικαίωμα υλοποίησης προληπτικών ενεργειών, για την αντιμετώπιση μικρών βλαβών υγείας εκτός των δευτεροβάθμιων δομών υγείας.

Οι δαπάνες λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των υγειονομικών σταθμών, βαρύνουν τον προϋπολογισμό της νομαρχίας στην οποία υπάγονται και στον οποίο εγγράφονταν κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό.

Στην πραγματικότητα ο ν.2071/1992 τροποποίησε τη βασική φιλοσοφία του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ, σύμφωνα με την οποία υπήρχε αποκλειστική ευθύνη του κράτους προς τους πολίτες, αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε όλους. Αντέταξε στο ν. 1397/1983 τις δικές του αρχές. Συγκεκριμένα αναφέρεται (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999):

i. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας του, με την προσφυγή σε υπηρεσίες του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα υγείας,
ii. το Υπουργείο Υγείας έχει την εποπτεία των φορέων υπηρεσιών υγείας και παρέχει «εγκριτική εξουσιοδότηση» για την ίδρυση τους,
iii. οι τρείς βαθμίδες περίθαλψης και η επείγουσα προ νοσοκομειακή φροντίδα, μπορεί να προσφερθεί από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας ανεξαιρέτως. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα στους ιδιώτες γιατρούς και τους ιδιωτικούς φορείς υγείας, να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μετά από έγκριση των αρμόδιων υπουργών,
iv. η εισαγωγή του θεσμού της μερικής απασχόλησης για τους ιατρούς και την εισαγωγή στο σύστημα, επίσης, των γιατρών – συμβούλων.

Με την εισαγωγή του ν. 2071/1992 διευρύνθηκε η έννοια της ΠΦΥ. Ορίστηκε πως περιλαμβάνει ενέργειες για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και περίθαλψης για μικρές βλάβες υγείας που δε χρειάζονται νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Επίσης, γίνεται αναφορά πως ενέργειες ΠΦΥ μπορούν να παρέχονται και από άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός των ιατρών.

Ο νόμος προέβλεπε τον καθορισμό του πλέγματος υπηρεσιών που μπορεί να παρέχει η ΠΦΥ τόσο εντός του δημοσίου τομέα, όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

2) Ο ν. 2194/1994

Ο ν. 2194/1994 προέβλεπε την κατάργηση διατάξεων του ν. 2071/1992 λόγω της αλλαγής φιλοσοφίας της κυβερνητικής πολιτικής και την κατάργηση της αυτοτέλειας των Κέντρων Υγείας. Στην πραγματικότητα επανατέθηκαν σε ισχύ διατάξεις του νόμου πλαισίου για το ΕΣΥ, όπως:

i. Η φιλοσοφία του ΕΣΥ,
ii. οι σχετικές διατάξεις για το ΚΕΣΥ,
iii. η υπαγωγή των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών τους δομών στα γενικά νοσοκομεία της περιοχής,
iv. ο καθορισμός της επιστημονικής αυτοτέλειας των ιατρικών τμημάτων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων,
v. η κατάργηση του καθεστώτος μερικής απασχόλησης των γιατρών,
vi. η υγειονομική σχολή Αθηνών μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, και έχει τη μορφή ενός εκπαιδευτικού και ερευνητικού ιδρύματος.

Ο συγκεκριμένος νόμος χαρακτηρίστηκε ως αποσπασματικός και σύντομος. Στην πραγματικότητα, είχε ως μοναδικό σκοπό την τροποποίηση του νομικού πλαισίου που είχε διαμορφωθεί με το νόμο 2071/1992. Επιδίωξη του νόμου ήταν να δημιουργηθεί ένα χρονικό κενό, μέχρι την επεξεργασία μιας ολοκληρωμένης πρότασης για την εξυγίανση και την αύξηση της αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Όπως αναφέρεται από τους Abel-Smithetal (1994), ο τότε Υπουργός Υγείας Κρεμαστινός όρισε μια επιτροπή ξένων εμπειρογνωμόνων, με αρμοδιότητα την πρόταση μέτρων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας.

3) Ο ν. 2519/1997

Ο ν. 2519/1997 προέβλεπε μέτρα με σκοπό την αναβάθμιση της ΠΦΥ, τη δημιουργία ενός Δικτύου ΠΦΥ και τη θεσμοθέτηση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού. Γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη δικτύων ΠΦΥ και τη διασύνδεση τους σε ζητήματα λειτουργικά και επιστημονικά, με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Στο νόμο προβλέπεται η στελέχωση των δομών ΠΦΥ από μία διεπιστημονική ομάδα υγείας,

που περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Επίσης, σημαντική είναι η πρόβλεψη για την εισαγωγή στην ΠΦΥ του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και της ανάπτυξης της προαγωγής της υγείας, μέσω ενός Ινστιτούτου Έρευνας και Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.

Ο νέος νόμος δεν εισάγει ριζοσπαστικές αλλαγές. Στην πραγματικότητα ρυθμίζει μια σειρά από ζητήματα, σε συνδυασμό με την εφαρμογή διατάξεων που προέρχονται από το προηγούμενο νομοθετικό πλαίσιο που συνεχίζει να ισχύει, χωρίς να γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένες διατάξεις που έχουν καταργηθεί. Αυτό το γεγονός δημιούργησε διάφορων ειδών προβλήματα στην εφαρμογή της νομοθεσίας.

Όπως αναφέρεται και στην αιτιολογική έκθεση του νόμου, ο ιδιωτικός τομέας υγείας παραμένει έξω από την προβληματική του νόμου, ενώ γίνεται σημαντική αναφορά στη δημόσια υγεία και την ενίσχυση των δικαιωμάτων του πολίτη σε σχέση με την υγεία του.

Επιχειρεί να πετύχει την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό ορισμένων πτυχών του δημόσιου τομέα, με σκοπό τη θεμελίωση σε μετέπειτα χρόνο ενός ισχυρού ΕΣΥ. Για να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο προβλέπεται στο στρατηγικό σχέδιο η ανάπτυξη δράσεων για (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999):

i. ενδυνάμωση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ,
ii. παροχή ίσων ευκαιριών για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
iii. προστασία του δικαιώματος στην υγεία,
iv. ανάπτυξη ισομερώς και των τριών κλάδων περίθαλψης,
v. αναδιοργάνωση του πλαισίου λειτουργίας της δημόσιας υγείας,
vi. συντονισμό και ενιαία δράση των δομών του ΕΣΥ, σε συνεργασία με τους ασφαλιστικούς φορείς, για την επίτευξη ενός Εθνικού Φορέα Υγείας,
vii. εισαγωγή μάνατζερ στα νοσηλευτικά ιδρύματα,
viii. έλεγχο στην κατανάλωση φαρμάκων και τη δημιουργία ενός νοσοκομειακού συνταγολογίου.

Όσον αφορά στην ΠΦΥ, τροχοδρομείται η αναβάθμιση της στις αγροτικές περιοχές της χώρας. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός σχεδιάστηκαν κάποια συγκεκριμένα μέτρα. Τα κυριότερα από αυτά συνιστώνται στην απόκτηση ειδικότητας των ειδικευόμενων ιατρών στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά

ιατρεία, στην αναβάθμιση σε πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, περιφερειακών ιατρείων μικρών νησιών που δε λειτουργεί κάποιο Κέντρο Υγείας και στην ανάπτυξη ενός δικτύου ΠΦΥ αστικών και ημιαστικών περιοχών

Από τη μεγαλύτερη ανάλυση του νόμου και της αιτιολογικής έκθεσης, μπορεί να ειπωθεί πως ο νομοθέτης εξαρτά την ανάδειξη του κοινωνικού και δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, από τη μετεξέλιξη της ΠΦΥ στις αστικές και τις ημιαστικές περιοχές.

Στο άρθρο 47 του νόμου, ορίζονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και εισάγεται στην ελληνική έννομη τάξη ο χάρτης των δικαιωμάτων του ασθενή, ως χρήστη των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Πλέον, ο νοσοκομειακός ασθενής μπορεί να αμυνθεί εναντίον κάθε παράτυπης ή πλημμελούς ενέργειας από το προσωπικό του νοσοκομείου. Τα δικαιώματα του ασθενή στο νοσοκομείο συνίστανται:

i. Στην προσέγγιση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου,
ii. στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια,
iii. στην άρνηση ή συγκατάθεση για κάθε είδους πράξη (θεραπευτική ή διαγνωστική) που λαμβάνει χώρα στο νοσοκομείο,
iv. στην πληροφόρηση σχετικά με την υγεία του και τη συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης απόφασης,
v. στην εκ των προτέρων πληροφόρηση για τους ενδεχόμενους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν για τη θεραπευτική και διαγνωστική πράξη ή θεραπεία,
vi. στην προστασία, στο μέτρο του δυνατού, της ιδιωτικής του ζωής, όπως και την εγγύηση του απορρήτου των πληροφοριών,
vii. στο σεβασμό και αναγνώριση των πεποιθήσεων του για ζητήματα θρησκείας και πίστης
viii. στην έγγραφη ένσταση και διαμαρτυρία, αλλά και τη γνώση του για τις ενέργειες και τα αποτελέσματα σχετικά με αυτά.

4) Ο ν. 2889/2001

Με το ν. 2889/2001, επιχειρείται ο μετασχηματισμός του ΕΣΥ, που θα προέλθει από τη δημιουργία 17 περιφερειακών συστημάτων υγείας. Αυτή η δομή

συστήματος υγείας ισχύει και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, για το λόγο αυτό υιοθετήθηκε και στην Ελλάδα.

Ωστόσο οι λόγοι για την επίτευξη τους δεν επιτεύχθηκαν καθώς δεν επιτράπηκε η ορθολογική διοίκηση αυτού του νέου θεσμού, συγχρόνως με την ύπαρξη γραφειοκρατίας και την απουσία της πλήρους αυτονομίας τους (Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006).

5) Ο ν. 3235/2004

Σημαντικός είναι ο νόμος 3235/2004. Πρόνοια του νόμου είναι η τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ, ο προσδιορισμός του πλαισίου λειτουργίας της ΠΦΥ και η ανάδειξη της σημαντικότητας του ρόλου του οικογενειακού γιατρού.

Αποτέλεσε ένα νόμο πλαίσιο για την ΠΦΥ, καθώς περιέχει διατάξεις που έχουν στόχο τη μεγαλύτερη ενίσχυση και οργάνωση της λειτουργίας της ΠΦΥ. Στο νέο σχεδιασμό της οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ, περιλαμβάνονται δράσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, με τις οποίες προγραμματίζονται παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την πρόληψη των νοσημάτων.

Με το νόμο επιχειρείται ο εξορθολογισμός των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στο πλαίσιο της ΠΦΥ, δίνοντας έμφαση στην αξιοποίηση των δομών που ήδη λειτουργούν (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008). Κύρια επιδίωξη του είναι η ανάδειξη του πλουραστικού χαρακτήρα της ΠΦΥ.

Σαφής είναι ο προσανατολισμός που δίνεται, για την ικανοποίηση κάποιων βασικών αρχών και συγκεκριμένα της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και του ελέγχου και του συντονισμού των ασθενών εντός του συστήματος υγείας.

6) Νόμος 3370/2005.

Μια σημαντική μεταρρύθμιση στον τομέα υγείας, πραγματοποιήθηκε με το ν. 3370/2005. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα απέκτησαν νομική αυτοτέλεια, προκειμένου να δύναται να επιλύουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, χωρίς να περιορίζονται λόγω γραφειοκρατικών αγκυλώσεων. Παρόλα αυτά, λόγω της ύπαρξης της

Υγειονομικής Περιφέρειας ως ανώτερου οργάνου, το αποτέλεσμα ήταν να εμφανιστούν και πάλι φαινόμενα γραφειοκρατίας και δυσλειτουργίας στα νοσοκομεία.

Κλείνοντας την παρούσα ενότητα, από την καταγραφή των σημαντικότερων νομοθετημάτων για το ΕΣΥ και τον προσδιορισμό των σημαντικότερων σημείων αυτών, συμπεραίνεται πως τα περισσότερα από τα μέτρα δεν είχαν συνέχεια και κυριαρχούσε όχι μόνο η έκφραση των διαφορετικών πολιτικών πεποιθήσεων(Σακελαρρόπουλος και Οικονόμου, 2006) αλλά και οι μεταβολές που πραγματοποιούνταν από την ηγεσία του εκάστοτε Υπουργείου Υγείας. Απουσιάζει ένα στρατηγικό μακροπρόθεσμο σχέδιο, με τις αλλαγές να γίνονται βραχυπρόθεσμα και όχι σύμφωνα με τις προσωπικές εκτιμήσεις των κυβερνόντων ή των εχόντων θέσεις ευθύνης.

Είναι χαρακτηριστικό πως το σύστημα αποκέντρωσης και περιφερειακής διοίκησης του υγειονομικού συστήματος έχει επέλθει σε συχνές αλλαγές, όπως και οι αρμοδιότητες μεταξύ κεντρικής διοίκησης και περιφέρειας, με συνέπεια να δημιουργούνται προβληματισμοί και συγχύσεις στους εργαζόμενους του ΕΣΥ.

Περαιτέρω, σε κανένα νόμο δεν υπάρχουν στοιχεία για τον περιορισμό του κόστους και την ορθολογική κατανομή αυτών, με τις δαπάνες να αυξάνουν χωρίς να υπάρχει αντίστοιχα, ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών.

Τα προβλήματα συνεχώς αυξάνονται, ωστόσο διορθώνονται με πυροσβεστικά μέτρα, χωρίς σχεδιασμό και μόνιμη λύση/αντιμετώπιση. Οι περιφερειακές δομές υγείας βρίσκονται στο περιθώριο, ενώ αργεί η αποτελεσματική αποκέντρωση των υπηρεσιών προνοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Το ΕΣΥ ξεκίνησε με μεγάλες φιλοδοξίες, αλλά στη συνέχεια έχασε τον προσανατολισμό του. Πολλές φορές κυριαρχεί η εντύπωση πως οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής υγείας, δε γνώριζαν τον τρόπο που θα αξιοποιούσαν τις δομές και τους ανθρώπινους πόρους του ΕΣΥ. Αυτό είναι ίσως και το μεγαλύτερο πρόβλημα, ώστε το ΕΣΥ σταδιακά να περάσει στην απαξίωση, με τη συσσώρευση σωρείας προβλημάτων, που φανερώθηκαν σε έντονο βαθμό την περίοδο της κρίσης.

Κεφάλαιο 3

Ανεπάρκειες και Προοπτικές ανάπτυξης του ΕΣΥ

3.1 Η πρόσφατη κρίση και ο τομέας υγείας στην Ελλάδα

Όπως έχει προσδιοριστεί από τους Kentikelenisetal (2011), σε διαχρονική βάση το ΕΣΥ παρουσίαζε σημαντικές ανεπάρκειες. Γίνεται, κυρίως, λόγος για την αδυναμία διαχειριστικής και διοικητικής ικανότητας και την απουσία οργάνωσης και προγραμματισμού. Επιπλέον, απουσιάζουν οι μηχανισμοί για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων και της αξιολόγησης των αναγκών.

Στο ηλεκτρονικό έντυπο The Lancet Public Health, προσδιορίζεται πως η αναποτελεσματικότητα της διαχείρισης και του ελέγχου των δαπανών στο σύστημα υγείας της χώρας, οδήγησε σε χρόνια προβλήματα τον τομέα ΠΦΥ και σε υψηλές δημόσιες δαπάνες (Editorial, 2018). Επίσης, μεγάλη ανάπτυξη είχε και η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, που σύμφωνα με τους Bradford&Martin (1995), εννοιολογικά σημαίνει τη χρήση περιττών υπηρεσιών του τομέα υγείας.

Είναι γεγονός πως τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, στην Ελλάδα, όπως και στις υπόλοιπες χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, οι δημόσιες δαπάνες υγείας βρίσκονται σε αναντιστοιχία με το βαθμό μεγέθυνσης της οικονομίας τους, με τη χρηματοδότηση της δαπάνης υγείας να προέρχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό, από πόρους της γενικής κυβέρνησης (Lorenzoni et al, 2019). Αυτός είναι και ένας από τους σημαντικότερους λόγους που αναζητήθηκε ο τρόπος ρύθμισης του πλαισίου χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας, στοχεύοντας στη βελτίωση των σχετικών δεικτών απόδοσης και αποτελέσματος (Economouetal, 2017). Όπως αναφέρεται από τους Kaitelidou & Kouli, (2012), η αύξηση των δαπανών υγείας είναι ταχύτερη σε σχέση με την αύξηση του ΑΕΠ.

Το 2009 με το ξέσπασμα της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, η Ελλάδα βρέθηκε απροετοίμαστη να διαχειριστεί τον όγκο και τη σοβαρότητα των προβλημάτων εκείνης της περιόδου. Το πλαίσιο που δημιουργήθηκε με τη συρρίκνωση των οικονομικών μεγεθών, το υψηλό δημόσιο χρέος και τις δανειακές υποχρεώσεις της χώρας, υποχρέωσε την τότε κυβέρνηση να λάβει, υπό πίεση, άμεσα μέτρα περιορισμού των δημοσίων δαπανών σε όλους τους τομείς της οικονομίας, συμπεριλαμβανομένου

του τομέα υγείας. Άμεσα και οριζόντια, μειώθηκε ο προϋπολογισμός των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των άλλων δημόσιων φορέων του υγειονομικού τομέα και σχεδιάστηκε η υλοποίηση πολιτικής λιτότητας. Οι Μπελετσιώτη και συν (2018) εκτιμούν, πως είναι η περίοδος που επηρεάστηκαν σε σημαντικό βαθμό οι παράγοντες που βρίσκονται σε συσχέτιση με την υγεία των πολιτών στη χώρα.

Κυρίως μετά το 2011, εντάθηκε το πρόγραμμα επιτήρησης, με αποτέλεσμα την υλοποίηση των περισσότερων μεταρρυθμίσεων στο σύνολο της δημόσιας διοίκησης, συμπεριλαμβανομένου του υγειονομικού τομέα. Σύμφωνα με τον Niakas (2013), η μεγαλύτερη από αυτές είναι η ενοποίηση του συνόλου των ταμείων ασφάλισης σε ένα ταμείο τον ΕΟΠΥΥ, μία μεταρρύθμιση που δημιούργησε συγχύσεις στους ασφαλισμένους και το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος ασφάλισης.

Τα χρόνια της κρίσης, η χώρα παρουσίασε τη μεγαλύτερη μείωση των δαπανών υγείας, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο, που την ίδια χρονική στιγμή έλαβαν μέτρα για τη μείωση των δαπανών υγείας (Morgan & Astolfi, 2013). Συγκεκριμένα, από τη μελέτη των στατιστικών στοιχείων των χωρών - μελών της Ένωσης των 28 χωρών, διαπιστώνεται πως ενώ το 2010 η Ελλάδα βρίσκονταν πάνω από το μέσο όρο με ποσοστό 0,1%, το 2008 υπολείπεται σημαντικά του μέσου όρου, σε ποσοστό 1,8%.

Οι συμφωνίες με τους δανειστές περιλάμβαναν την υποχρέωση της χώρας να μειώσει κατά 6% του ΑΕΠ τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Οι πολιτικές που υλοποιήθηκαν προς αυτήν την κατεύθυνση, θεωρείται από πολλούς ερευνητές πως δεν έχουν οδηγήσει στη βελτίωση της πραγματικής οικονομίας. Αυτός είναι και ο λόγος που έχει διαμορφωθεί η άποψη ότι, οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα, δεν άξιζαν το υπέρμετρο κόστος για την υλοποίηση τους, λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές συνέπειες που επέφεραν. Υπήρξε επιδείνωση των οικονομικό-κοινωνικών δεικτών, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας και τη μείωση των εισοδημάτων, οδήγησαν στη δημιουργία παραγόντων κινδύνου για την υγεία των πολιτών, την αύξηση των ανισοτήτων και επιμέρους στρεβλώσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας (Μπελετσιώτη και συν, 2018,Kentikelenisetal,2014, Καραγιάννη, 2017, Νιάκας, 2014).

Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά από τις Χαλκιά και Βαρακλιώτη (2015), οι πρωτοβουλίες που έγιναν τη συγκεκριμένη περίοδο, ελήφθησαν χωρίς σχεδιασμό και οργάνωση και εστίασαν, μόνο, στον περιορισμό της δαπάνης, χωρίς να λαμβάνονται

υπόψη άλλοι παράμετροι, ιδίως όσον αφορά στην κοινωνική προστασία και στην κοινωνική πολιτική.

Ένα σημαντικό στοιχείο που παίζει ιδιαίτερο ρόλο και πρέπει να αναφερθεί, είναι το γεγονός της ταυτόχρονης μείωσης και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, δείχνοντας την αδυναμία του πληθυσμού της χώρας να ανταποκριθεί επιτυχώς στην κάλυψη των βασικών αναγκών του υγείας.

Επιπλέον, συναντάται στη βιβλιογραφία η άποψη, πως οι μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν την περίοδο αναφοράς, δεν εστίασαν σε τομείς του υγειονομικού συστήματος που επηρέασαν αρνητικά την απόδοση του συστήματος υγείας. Έτσι λοιπόν, οι πολιτικές που υλοποιήθηκαν είχαν σημαντικές επιπτώσεις και επιβαρύνσεις στο χρήστη των υπηρεσιών και στην αύξηση των ανισοτήτων (Goranitisetal, 2014,Μπελετσιώτη και συν, 2018). Αυτό το γεγονός οδήγησε σε νέους κινδύνους για την υγεία, συνέπεια της επιδείνωσης των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων (Kentikelenisetal, 2011).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται η επιδείνωση του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας των πολιτών, που σημαίνει σύμφωνα με τους Allin&Masseria (2009), την απουσία ικανοποίησης των ατομικών αναγκών υγείας, που κάθε άτομο εκτιμά πως αποτελεί κάτι αναγκαίο. Οι ανεκπλήρωτες δαπάνες βρίσκονταν στο 3,7% το 2004, παρουσιάζοντας συνεχή αύξηση, που έφτασε στο 8,8% το 2013.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα, που καταδεικνύει τα προβλήματα της υποχρηματοδότησης του συστήματος υγείας την περίοδο της κρίσης, είναι η αύξηση των θανάτων, με τις έρευνες να δείχνουν πως το 1/3 των επιπλέον θανάτων οφείλονται στις πολιτικές λιτότητας (Vlachadisetal, 2014). Τα μέτρα που υλοποιήθηκαν επηρέασαν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς λειτούργησε με μειωμένους πόρους και χωρίς πολλές δράσεις για την κάλυψη του πληθυσμού. Τα περισσότερα προβλήματα εντοπίζονται στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, που παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους νοσηρότητας (Economouetal, 2017).

Επιπλέον, τα έτη ζωής του πληθυσμού της χώρας με καλή υγεία μειώθηκαν και την ίδια στιγμή αυξήθηκαν οι θάνατοι λόγω των οικονομικών δυσκολιών των πολιτών και την απουσία φροντίδας υγείας. Επίσης, υπάρχει αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σε ότι αφορά τις ανισότητες, θεωρείται αρκετά δύσκολη η κατανόηση του φαινομένου και της αιτιολογίας του (Alexopoulos & Geitona, 2009), ενώ μια σειρά κοινωνικών παραγόντων ενδέχεται να επιδρούν σημαντικά στη συνέχιση του. Στο ίδιο πλαίσιο οι παραπάνω συγγραφείς διερεύνησαν την επιρροή ορισμένων παραγόντων (δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών κ.ά.) στην έννοια της αυτό-αναφερόμενης υγείας, που θεωρείται ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο εκτίμησης της συνολικής υγείας, της ευεξίας και ένα αποτελεσματικό μέτρο πρόβλεψης της θνησιμότητας ενός πληθυσμού και των ωφελειών του συστήματος υγείας (Manderbacka, Lundberg & Martikainen, 1999).

Οι ερευνητές (Alexopoulos & Geitona, 2009), συμπέραναν, ότι:

i. Περίπου το 1/3 του δείγματος δήλωσε σχετικά χαμηλή (φτωχή ή χειρότερα από καλή) υγεία (self-reported health)
ii. Επιπλέον, ότι η φτωχή αυτή αυτό-αναφερόμενη υγεία ως φαινόμενο, συναντάται (είναι σημαντικά πιο πιθανό να παρατηρηθεί) σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι αγρότες, τα άτομα σε χειρωνακτικές εργασίες και σε δουλειές χαμηλών δεξιοτήτων και τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Επομένως καταδείχθηκε ότι υπάρχουν σημαντικές κοινωνικές ανισότητες σε ότι αφορά την self-reported health, ενώ εντοπίστηκαν και συγκεκριμένοι παράγοντες που επεξηγούν αυτές τις ανισότητες (το φύλο, η μόρφωση, το είδος της εργασίας κ.ά.).

Επομένως το πρόβλημα με τις κοινωνικές ανισότητες υπήρχε και πριν την οικονομική κρίση και ήταν αρκετά έντονο. Η μείωση των εισοδημάτων και των οικογενειακών προϋπολογισμών, οδήγησε τους πολίτες σε αδυναμία ανταπόκρισης του κόστους φροντίδας υγείας (Σουλιώτης και συν, 2018, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Περαιτέρω, επηρεάστηκε αρνητικά η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ αυξήθηκαν οι παράγοντες που επιδρούν σε κακή ποιότητα υγείας, όπως είναι για παράδειγμα η έλλειψη σωματικής άσκησης, η αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, το υψηλό ποσοστό καπνιστικής συνήθειας, παράγοντες δηλαδή, που έχουν στενή σχέση με την αύξηση του δείκτη νοσηρότητας. Στις μεταρρυθμιστικές πολιτικές, επικρατεί η αναζήτηση μέτρων που θα οδηγήσουν στη μείωση του κόστους λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος. Προς αυτήν την κατεύθυνση, ο ΕΟΠΥΥ μετατράπηκε σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας, από φορείς τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Η συγκεκριμένη αλλαγή, σηματοδοτεί τη μετατόπιση της περίθαλψης σε

μεγάλο ποσοστό στον ιδιωτικό τομέα. Περαιτέρω, προβλέπεται μείωση της αποζημίωσης στα νοσήλια και η μεγαλύτερη διείσδυση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, με στόχο τη μείωση της δαπάνης. Είναι η περίοδος που εφαρμόστηκε το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τον έλεγχο της δαπάνης για φάρμακο. Μια ακόμα μεταρρύθμιση είναι το clawback, όπου γίνεται πρόβλεψη ενός ανώτατου ποσού ως μηνιαία δαπάνη, για τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Niakas, 2013).

Τα πρώτα χρόνια της κρίσης ακούγονται φωνές για τα διαχρονικά προβλήματα που υπήρχαν στο ΕΣΥ και το πλήθος των δυσλειτουργιών που εντάθηκαν εκείνη την περίοδο. Το σύστημα δεν είχε δομηθεί με τρόπο που να προσδίδει αποτελεσματικότητα σε καταστάσεις κρίσης. Έτσι λοιπόν, η κρίση που έλαβε χώρα, με την παρελκόμενη αδυναμία επιχορήγησης του ΕΣΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό, οδήγησε στην ανάδειξη των σημαντικότερων προκλήσεων που ήρθε αντιμέτωπο. Τα προβλήματα επιδεινώθηκαν, καθώς η οικονομική δυσπραγία του ελληνικού πληθυσμού, τον έστρεψε προς τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό το γεγονός σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων, μείωσε τις ποιοτικές υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας υγείας.

3.1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όπως είναι φυσικό, τα προβλήματα του ΕΣΥ επηρέασαν κάθε επιμέρους τομέα του συστήματος υγείας. Αυτό συνέβη και στην ΠΦΥ, με τους Πετρέλη & Δομάγερ (2016) να αναφέρουν ως το σημαντικότερο πρόβλημα, την έλλειψη καταρτισμένου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ είχε στόχο την καθιέρωση ενός έξω-νοσοκομειακού συστήματος ΠΦΥ, η οποία θα προέλθει μέσω της ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Σημαντική, αλλά ουσιαστικά ανεφάρμοστη, αποδείχτηκε η σύσταση ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Ο νόμος ίδρυσης του ΠεΔΥ, προβλέπει συγκεκριμένο ρόλο και δραστηριότητες για την ΠΦΥ. Οι σημαντικότερες εξ΄αυτών είναι:

i. Πρόνοια ώστε το σύνολο των υπηρεσιών να παρέχονται στις δομές ΠΦΥ, χωρίς να απαιτείται η εισαγωγή των ασθενών σε νοσοκομειακή δομή,

ii. μέριμνα για τη στατιστική αποτύπωση των αναγκών υγείας των πολιτών σε τοπικό επίπεδο, προκειμένου να υλοποιηθεί ένα καθολικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου κάποιων συγκεκριμένων νοσημάτων, με στόχο την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού,
iii. παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης,
iv. συχνή παρακολούθηση από επαγγελματίες υγείας ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας,
v. προσφορά υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας υγείας,
vi. μέριμνα για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού στις τοπικές κοινωνίες,
vii. σχεδιασμός δράσεων πρόληψης οδοντιατρικής φροντίδας υγείας.

Με το ν. 4238/2014 δίνεται και πάλι μετά από πολλά χρόνια έμφαση στο σημαντικό ρόλο του οικογενειακού γιατρού. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στην ομάδα ΠΦΥ η οποία μπορεί να αποτελείται από οικογενειακούς γιατρούς, αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται άρρηκτα με την ΠΦΥ, όπως είναι οι επισκέπτες υγείας και το νοσηλευτικό προσωπικό. Προβλέπεται πως με την κατάλληλη εκπαίδευση τους, μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στις τοπικές κοινότητες. Ωστόσο, δε γίνεται μνεία για το συγκεκριμένο ρόλο που θα έχει κάθε επαγγελματίας υγείας, στο πλαίσιο της συγκρότησης της ομάδας ΠΦΥ. Σύμφωνα με τους Βελονάκη & Αδαμακίδου (2015), με το ν. 4238/2014 επιχειρείται μια καθολική προσέγγιση του τομέα ΠΦΥ, που ενισχύθηκε από τις ρυθμίσεις για την παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων και την αναφορά σε υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς κατ΄οίκον.

Η ανάγκη μεταρρύθμισης του τομέα ΠΦΥ επανήλθε στο προσκήνιο, μετά τις αλλαγές που διαμορφώθηκαν λόγω των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της περιόδου. Στο νέο πλαίσιο λειτουργίας της ΠΦΥ, δίνεται βαρύτητα στην οργάνωση και λειτουργία της ομάδας υγείας. Αυτό συμβαίνει, καθώς κυριαρχεί η εκτίμηση πως η δημιουργία της θα συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ευρύτερης κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών και χρηστών του συστήματος υγείας (Αντωνιάδου και συν, 2015).

Είναι η περίοδος που έχουν δημιουργηθεί πολλά σημεία εισόδου στο σύστημα υγείας, παράγοντας που ενώ αρχικά φάνταζε ως κάτι το ιδανικό, στην πορεία φάνηκε

πως αποτέλεσε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, στην προσπάθεια βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ΠΦΥ. Στην πραγματικότητα, χαρακτηρίστηκε ως ανεπιτυχής η προσπάθεια να γίνουν τα Κέντρα Υγείας ως η βασική πύλη εισόδου του πολίτη στο σύστημα υγείας. Αυτό δεν έγινε, καθώς μελέτες έδειξαν πως οι πολίτες εισέρχονταν σε υπηρεσίες ΠΦΥ, κυρίως μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και των ιδιωτών γιατρών που σύναψαν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΠΙ, 2006).

Οι προσπάθειες μεταρρύθμισης που έγιναν μέχρι εκείνη τη στιγμή, σύμφωνα με τους Αντωνιάδου και συν (2015) δείχνουν την απουσία συνέχειας των πολιτικών μεταρρύθμισης και τον αποσπασματικό χαρακτήρα τους. Κυριαρχεί η απουσία ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδίου, ταυτόχρονα με την αδυναμία καθιέρωσης ενός πλαισίου αξιολόγησης και ελέγχου των δαπανών. Αποτελούν παράγοντες που δεν αφήνουν περιθώριο για τον κατάλληλο σχεδιασμό δράσεων, σχετικών με το αντικείμενο της ΠΦΥ, δηλαδή την πρόληψη, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας των πολιτών.

Οι προκλήσεις μεγάλωναν στον τομέα ΠΦΥ, όσο η κρίση στην Ελλάδα συνεχίζονταν, με την ανάγκη για την υιοθέτηση νέων μεταρρυθμιστικών μέτρων να κρίνεται περισσότερο αναγκαία από οποιαδήποτε άλλη στιγμή. Ωστόσο, οι σχεδιαστές των συστημάτων υγείας, δε μπόρεσαν να σχεδιάσουν μια ολοκληρωτική παρέμβαση που θα έδινε νέα πνοή και κατεύθυνση στην ΠΦΥ. Αντί αυτού, τα μέτρα είχαν αποσπασματικό χαρακτήρα και δε μπόρεσαν να δώσουν λύση. Οι ανισότητες διευρύνθηκαν και δημιουργήθηκε ένα πλήθος από παθογένειες και στρεβλώσεις, που εκτός της ΠΦΥ, επηρέασαν αρνητικά και το σύνολο του υγειονομικού τομέα.

Είναι χαρακτηριστικό πως στην αιτιολογική έκθεση για τον πρόσφατο νόμο 4486/2017, το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας κάνει αναφορά στην έλλειψη ενός ενιαίου στρατηγικού πλαισίου για την πρόληψη, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας. Επίσης, προσδιορίζει πως ο τρόπος που είχε δομηθεί το σύστημα της ΠΦΥ στη χώρα, οδήγησε σε σημαντική αύξηση της *«παθητικής ιδιωτικοποίησης»* των υπηρεσιών, με τους πολίτες να επιλέγουν από μόνοι τους, δηλαδή, χωρίς παραπομπή από οικογενειακό γιατρό, εξειδικευμένη φροντίδα υγείας εκτός ΕΣΥ, επιβαρυνόμενοι ατομικά το κόστος (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, φανερώνει και τη σημαντικότητα των διαρθρωτικών προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει. Συγκεκριμένα, υπάρχουν πολλές δομές και φορείς που εντάσσονται στη σφαίρα του

τομέα ΠΦΥ. Κάθε ένας από αυτούς τους οργανισμούς, ακολουθεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας. Στην Ελλάδα οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ είναι:

i. Τα Κέντρα Υγείας και οι περιφερειακές τους δομές,
ii. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
iii. τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
iv. τα ιατρεία που διατηρούν τα ασφαλιστικά ταμεία,
v. οι ιδιώτες γιατροί που έχουν συμβληθεί με τους ασφαλιστικούς φορείς,
vi. τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια που έχουν συμβληθεί με τους ασφαλιστικούς φορείς,
vii. τα ιατρεία που διατηρούν οι ΟΤΑ,
viii. οι υπηρεσίες που παρέχουν διάφορα προγράμματα των ΟΤΑ, όπως τα ΚΑΠΗ και το «Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι»,
ix. οι αυτοαπασχολούμενοι γιατροί και διαγνωστικά ιατρεία,
x. οι ΜΚΟ που έχουν αναπτύξει σε πολλές περιοχές της Ελλάδας ιατρεία για την εξυπηρέτηση των αναγκών ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Το πλήθος δομών παροχής ΠΦΥ, δείχνουν πως ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πολυκερματισμένος. Υπάρχει απουσία ενός στρατηγικού μακροπρόθεσμου σχεδίου από την πολιτική υγείας, με τους σχεδιαστές του συστήματος υγείας να μη μπορούν να συμβάλουν στον περιορισμό της πολυδιάσπασης των υπηρεσιών.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ αποτελεί προτεραιότητα, τόσο από τον ΠΟΥ, όσο και από την πολιτική ηγεσία του τομέα υγείας πολλών χωρών. Διεθνώς, έχει δημιουργηθεί ένα πλαίσιο για τη μέτρηση και την αξιολόγηση του βαθμού ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο έχει στόχο τη συμβολή του στη διαμόρφωση εκείνων των παραγόντων, που θα ενισχύσουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών βρίσκεται στην πρώτη γραμμή του πλαισίου λειτουργίας της ΠΦΥ, όπως έχει αναδειχτεί από τη διακήρυξη της Alma-Ata και επαναπροσδιορίστηκε πρόσφατα στη σύνοδο των χωρών-μελών του ΠΟΥ στην Αστάνα.

Η ύπαρξη σχετικών δεικτών, αποτελεί εφόδιο για την ανάπτυξη αποτελεσματικών συστημάτων ΠΦΥ. Αξίζει να γίνει αναφορά κάποιων από τους πιο σημαντικούς δείκτες ποιότητας που είναι:

i. Η αυτό-αναφερόμενη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης,
ii. ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη,
iii. η μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας των πολιτών,
iv. η εμβολιαστική κάλυψη των ευπαθών ομάδων πληθυσμού,
v. ο επιπολασμός της παχυσαρκίας.

3.4 Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης

3.4.1 Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ συστάθηκε με τον ν. 3918/2011. Κύριος στόχος του νομοθετήματος αποτελεί η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, έτσι ώστε η πρόσβαση των ασφαλισμένων στον ΕΟΠΥΥ να γίνεται ισότιμα και χωρίς περιορισμούς. Είναι μια από τις πρώτες προσπάθειες μεταρρύθμισης την περίοδο της κρίσης, η οποία πραγματοποιήθηκε το διάστημα αύξησης των προκλήσεων που αντιμετώπιζε ο τομέας ΠΦΥ (Petrelis & Domeyer, 2016).

Παρατηρήθηκαν προβλήματα στην εφαρμογή του νόμου, καθώς, ενώ υπήρξε συγχώνευση πολλών ταμείων, δεν έγινε ταυτόχρονη διάθεση πόρων και τακτική χρηματοδότηση προς τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης, δεν κατέστη εφικτή η βοήθεια των προνομιούχων ασφαλιστικών ταμείων προς τα ελλειμματικά, καθώς η λειτουργία τους συνεχίζονταν με την ίδια διοικητική δομή που είχαν και πριν την ψήφιση του νόμου. Τα συγκεκριμένα ζητήματα, είχαν ως συνέπεια την αδυναμία πληρωμών των οφειλών που είχαν συσσωρευτεί, κυρίως προς τα νοσοκομεία και τους ιδιώτες προμηθευτές (Μπακόλα και συν, 2018).

Όπως περιγράφεται στη σχετική νομοθεσία, η σύσταση του ΕΟΠΥΥ στοχεύει στις συνέργειες και το συντονισμό του συνόλου των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ, στη θέσπιση κριτηρίων προκειμένου να υπογραφούν συμβάσεις με οργανισμούς και παρόχους υγείας, για την παροχή σχετικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους του οργανισμού, στη θέσπιση κριτηρίων ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και στον έλεγχο των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Νιάκας (2014), δεν επέφερε θετικά αποτελέσματα ο έλεγχος των δαπανών από το νέο οργανισμό. Άλλη μία σημαντική

αδυναμία είναι η έλλειψη σχεδιασμού για τα άτομα που έχασαν εκείνη την περίοδο το ασφαλιστικό τους δικαίωμα.

Σύμφωνα με την αρχική πρόβλεψη, ο ΕΟΠΥΥ μπορούσε να μετατρέπεται από πάροχο, σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας και το αντίθετο. Στην πορεία αυτό άλλαξε, καθώς φάνηκε πως αυξάνει τις ανισότητες, κυρίως για τους πολίτες που μένουν εκτός των αστικών κέντρων της χώρας. Στο νόμο 4238/2014 θεσπίστηκε πως ο οργανισμός θα λειτουργεί μόνο ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας.

Οι αδυναμίες του οργανισμού εκτιμάται πως οφείλονται, εν πολλοίς, στην έλλειψη τεχνογνωσίας και το πλαίσιο οργάνωσης των υπηρεσιών του. Κάποια μέτρα που εκτιμάται πως θα συμβάλουν στην απόδοση λειτουργίας του οργανισμού είναι ο σαφής καθορισμός των παροχών και υπηρεσιών, ο καθορισμός ενός αποτελεσματικότερου πλαισίου ελέγχου των δαπανών και ο μετασχηματισμός της οργανωτικής του δομής.

3.4.2 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Το 2009 η κρατική επιδότηση για την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη προς τα ταμεία ασφάλισης έφθανε στο ποσοστό του 40% ετησίως. Ποσοστό αρκετά μεγάλο το οποίο οφειλόταν στην αυξημένη χρήση και ζήτηση από τη μεριά των πολιτών για τα αγαθά της υγείας. Επιπρόσθετα, η ασύμμετρη πληροφόρηση (το ότι οι γιατροί έχοντας στη διάθεσή τους περισσότερες γνώσεις για ένα ζήτημα, μπορούν να το εκμεταλλευθούν, όπως για παράδειγμα η διενέργεια επιπλέον εξετάσεων χωρίς να υπάρχει λόγος), η δημιουργία ηθικού κινδύνου (για παράδειγμα ότι οι ασθενείς έχουν πιο αμελή συμπεριφορά, γιατί γνωρίζουν ότι θα τους καλύψει ο ασφαλιστικός τους φορέας), η παράτυπη και αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων (Yfantopoulos, Yfantopoulos and Yfantopoulos, 2016) καθώς και ο ελλειμματικός ελεγκτικός μηχανισμός, δημιούργησαν την αύξηση των δαπανών(Ναούμ, 2019).

Με την πρώτη δανειακή σύμβαση το 2010, η Ελλάδα κλήθηκε να λάβει μέτρα που αφορούσαν τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Ένα από αυτά, ήταν το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείται ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα που έχουν υλοποιηθεί, συμβάλλοντας σημαντικά στη μείωση των δαπανών στο φάρμακο, εμφανίζοντας και άλλα οφέλη. Υλοποιήθηκε με το ν. 3832/2010

παρουσιάζοντας εξαιρετικά αποτελέσματα από την αρχή της λειτουργίας του συστήματος. Στην έρευνα των Yfantopoulos et al. (2016), αναφέρεται πως λόγω της έναρξης της μεταρρύθμισης, η δαπάνη για φάρμακο από το ποσό των 5,3 δις ευρώ το 2008, περιορίστηκε στο ποσό των 2,2 δις ευρώ.

Έγινε εξορθολογισμός των δαπανών, συμβάλλοντας στη μεταφορά πόρων και σε άλλους τομείς της δημόσιας διοίκησης. Με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση επιδιώκεται η μεγαλύτερη διαφάνεια στην αγορά φαρμάκου, ο εκσυγχρονισμός της φαρμακευτικής περίθαλψης και η περιστολή της δαπάνης. Αποτελεί μια μεταρρύθμιση που οργανώθηκε αποτελεσματικά και είχε σαφή στόχο και επιδιώξεις, λόγοι που οδήγησαν τη μεταρρύθμιση στην επιτυχία.

Στην ουσία πρόκειται για την ηλεκτρονική δημιουργία μιας συνταγής φαρμάκων, στη θέση μιας χειρόγραφης, ενώ ο ιατρός έχει τη δυνατότητα απευθείας αποστολής σε κάποιο φαρμακείο ή αποθήκευσης σε κάποιο ενδιάμεσο, αποθηκευτικό χώρο (cloud) (Minarikova, 2015). Το μέτρο αυτό στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των λαθών και στη δημιουργία ηλεκτρονικών αρχείων δεδομένων, που μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερες αποφάσεις σε σχέση με την υγεία των ασθενών. Το σύστημα επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα στον ιατρό να αντλεί χρήσιμες πληροφορίες για σημαντικές διαστάσεις (το ιστορικό φαρμάκων του ασθενή, τα σχετικά φάρμακα και τις τιμές τους, διάφορα δεδομένα για τα φαρμακεία κ.ά.). υποστηρίζεται, ότι αυτό το μέτρο είναι περισσότερο αποτελεσματικό, όταν το προσωπικό που το χειρίζεται (το προσωπικό «πρώτης γραμμής») έχει εμπλακεί σημαντικά κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή του (NHS Connecting for Health, 2013).

Τα βασικότερα πρακτικά, πλεονεκτήματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι:

i. Αποφεύγεται η διανομή και χρησιμοποίηση άλλων φαρμάκων από αυτά που καταγράφηκαν εγγράφως

ii. Αποφεύγεται η κατανάλωση περισσότερων φαρμάκων από αυτά που καταγράφονται

Το EPS (το ηλεκτρονικό σύστημα) που εφαρμόζεται στην Ελλάδα από το 2010, θεωρείται ένα σημαντικό βήμα προόδου, ενώ το 2012, η εκτίμηση ήταν ότι κάλυπτε περίπου 10.500 φαρμακεία και 37.500 ιατρούς (Minarikova, 2015).

3.4.3 Γενόσημα φάρμακα

Σε αντίθεση με άλλες χώρες, στην Ελλάδα η διείσδυση των γενόσημων στη φαρμακευτική αγορά παρουσιάζει δυσκολίες. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν πως τα γενόσημα εμφανίζουν ποσοστό μόλις 18% της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων, με το ποσοστό να πρέπει να ανέλθει σε 50%, σε εφαρμογή των συμφωνιών της Ελλάδας την περίοδο των μνημονίων. Μάλιστα μια ενδιαφέρουσα έρευνα των Geitona et al. (2006), είχε συμπεράνει (μελετώντας τις στάσεις των ελληνικών φαρμακευτικών εταιριών), ότι πολλές από αυτές έχουν θετική στάση έναντι της παραγωγής γενοσήμων, ακόμα κι αν δε τα παράγουν. Στο ίδιο πλαίσιο το πρόβλημα δεν εντοπίστηκε στην πλευρά της προσφοράς (των φαρμακευτικών εταιριών), αλλά στο νομικό/ θεσμικό πλαίσιο. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες επιθυμούν τη συμμετοχή των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ότι αφορά την αποζημίωση των φαρμάκων. Συνεπώς οι εταιρείες δεν είναι ότι δεν επιθυμούν την κρατική παρέμβαση, αλλά έχουν αντιρρήσεις αναφορικά με το είδος και τη φύση της παρέμβασης. Τέλος είναι σκεπτικές έναντι της στρατηγικής της παροχής κινήτρων σε ιατρούς και της ενημέρωσης του κοινού, χωρίς προηγουμένως να εφαρμοστούν σημαντικές δομικές αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο. Αυτή η οπτική μπορεί να φανεί χρήσιμη στα πλαίσια του εθνικού διαλόγου, καθώς ενδεχομένως δίνεται πολύ έμφαση σε κάποιους παράγοντες, ενώ αγνοούνται άλλοι.

Η αύξηση της κατανάλωσης γενοσήμων, θα οδηγήσει σε μείωση της δημόσιας δαπάνης για φάρμακο, συνέπεια του καθορισμού της τιμής του γενοσήμου σε ποσοστό 40% της τιμής του πρωτοτύπου (ΕΟΦ, 2018).

Παρά το γεγονός πως σε ευρωπαϊκό επίπεδο η κατανάλωση τους βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, στην Ελλάδα, ακόμα, η διείσδυση τους συναντά προβλήματα. Οι Βόρειες χώρες, η Μεγάλη Βρετανία και η Γερμανία, αξιοποιούν τα γενόσημα φάρμακα, με την κατανάλωση τους να φτάνει στο 50% (OECD, 2017).

Στην Ελλάδα απουσιάζουν οι πολιτικές που θα δώσουν περαιτέρω ώθηση στην κατανάλωση γενοσήμων. Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η στάση των ιατρών που δεν προωθούν την κατανάλωση τους (Domeyeretal, 2017).

Προτάσεις που αν υλοποιηθούν, εκτιμάται πως συμβάλουν στην αύξηση της κατανάλωσης τους είναι:

i. Ο σχεδιασμός ενός ανταποδοτικού συστήματος για τους γιατρούς,

ii. η ύπαρξη της δυνατότητας της χορήγησης φαρμάκου σύμφωνα με την εμπορική του ονομασία,
iii. η ενημέρωση των πολιτών για τη χαμηλότερη τιμή πώλησης των γενοσήμων και τα ίδια συστατικά και δράση που έχουν με τα πρωτότυπα,
iv. η παροχή κινήτρων στα φαρμακεία για τη χορήγηση γενοσήμων,
v. η παροχή οικονομικών κινήτρων στους ασφαλισμένους για να επιλέγουν γενόσημο,
vi. η λήψη μέτρων για τη διασφάλιση υψηλού βαθμού ποιότητας στα γενόσημα,
vii. η ενίσχυση της εμπιστοσύνης των καταναλωτών για τα γενόσημα.

Αν η χώρα κατορθώσει να πάρει τα κατάλληλα μέτρα για την ενίσχυση της αγοράς και κατανάλωσης γενοσήμων, μπορεί να εξοικονομηθούν πόροι και να αυξηθεί ο ανταγωνισμός μεταξύ των φαρμακευτικών εταιριών, που οδηγεί σε αποκόμιση μεγαλύτερων ωφελειών και βελτίωση της αποτελεσματικότητας της δαπάνης (Kanavos, 2014).

3.4.4 Οικογενειακός γιατρός - Τοπικές Μονάδες Υγείας

Ενίσχυση του ΕΣΥ μπορεί να προέλθει και με την ανάδειξη του ρόλου του οικογενειακού γιατρού και τη μεγαλύτερη ένταξη του στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τους Δερβένη & Βογιατζή (2016), αν ο οικογενειακός γιατρός μπορέσει και αναδειχθεί σε πυλώνα του τομέα ΠΦΥ, έχει πιθανότητες βελτίωσης του βαθμού ποιότητας των υπηρεσιών.

Η ύπαρξη του οικογενειακού γιατρού πρέπει να αποτελεί δικαίωμα του πολίτη και όχι υποχρέωση του συστήματος υγείας έναντι του συνόλου της κοινωνίας (Σουλιώτης και συν, 2013).

Ο γενικός - οικογενειακός γιατρός είναι σε διαρκή επαφή με τον ασθενή , έχει σφαιρική εικόνα του ιατρικού του ιστορικού, της οικογενείας του και του περιβάλλοντός του, γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του και τις αιτίες εκδήλωσης της ασθένειας του. Έρχεται σε συχνή παρακολούθηση, επικοινωνία και συνεργασία μαζί του, με αποτέλεσμα την αποφυγή ιατρικών λαθών που θα μπορούσαν να προκύψουν λόγω έλλειψης αυτών των παραμέτρων οι οποίες σε διαφορετική περίπτωση θα οδηγούσαν την προσέλευσή του ασθενή σε νοσοκομειακό ίδρυμα για την αντιμετώπιση πιθανών μη επείγουσας ανάγκης.

Στον τελευταίο νόμο για την ΠΦΥ (ν.4486/2017), συμπεριλαμβάνονται ρυθμίσεις για την ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού εντός του ΕΣΥ. Από το έτος 2000 οι Κυριόπουλος και συν, έκαναν αναφορά στη σημαντικότητα του ρόλου του και στη στενή σχέση που έχει με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Υποστηρίζεται πως ο οικογενειακός γιατρός διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια του συστήματος υγείας να εξοικονομήσει πόρους και να τους διανείμει σωστά. Η συγκράτηση των δαπανών του ΣΥ εμπεριέχει στον κεντρικό της πυρήνα όχι την περικοπή των δαπανών από την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών, αλλά τον προσδιορισμό εκ νέου των πραγματικών αναγκών των ασφαλισμένων και τη σωστή διαχείριση των πόρων για την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία να ανταποκρίνεται στις πραγματικές τους ανάγκες.

Η σπουδαιότητα του οικογενειακού γιατρού έγκειται στο γεγονός ότι έχει να κάνει με θέματα που αφορούν την ενημέρωση των ασθενών για την υγεία και την πρόληψη, ώστε να προλαμβάνεται ο κίνδυνος να εισαχθούν σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όπως και το να κρίνει την αναγκαιότητα παραπομπής τους. Τα παραπάνω, αποτελούν έναν τρόπο στο να ρυθμίζονται οι ροές του υγειονομικού συστήματος με την ελάττωση των παραπεμπτικών προς τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στο να προλαμβάνεται ο συνωστισμός ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα.

Στο ν. 4486/2017 κυριαρχεί η ίδρυση μιας νέας δομής που έλαβε την ονομασία Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤοΜΥ). Με την ίδρυση των ΤοΜΥ επιχειρείται η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο, χωρίς ο ασθενής να χρειάζεται παραπομπή σε δευτεροβάθμιο ίδρυμα. Επίσης, επιδιώκεται η ενεργή συμμετοχή του πολίτη στη διαδικασία λήψης απόφασης και η αύξηση των προληπτικών δράσεων, ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα καταστάσεις υγείας που απασχολούν την κοινότητα.

Αρχικά, εκφράστηκαν από πολλές πλευρές αντιδράσεις για ρυθμίσεις του νόμου. Ωστόσο στην πορεία φάνηκε πως ο νόμος εμπεριέχει θετικά στοιχεία και δίνεται η δυνατότητα επίλυσης ζητημάτων που άπτονται του τομέα ΠΦΥ. Τα οφέλη του σχετίζονται με:

i. Την παροχή ενός πλήρους φάσματος και εξειδικευμένων υπηρεσιών ΠΦΥ, λόγω της ύπαρξης της διεπιστημονικής ομάδας υγείας που θα λειτουργεί στις ΤοΜΥ,
ii. τον περιορισμό της παραπομπής ασθενών σε δευτεροβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα,
iii. την ισότιμη κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού στην ελληνική επικράτεια,
iv. την τήρηση ενός ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, για κάθε πολίτη που θα είναι ενταγμένος σε μια ΤοΜΥ.

Ο Λιονής (2018) έχει προσδιορίσει κάποιες παραμέτρους που μπορούν να ενισχύσουν τις διατάξεις του νομοσχεδίου. Συγκεκριμένα αναφέρεται στη διαρκή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, στα κίνητρα για το ιατρικό προσωπικό να ενταχθεί στο σύστημα, στη σύνδεση κινήτρων και αποζημίωσης για τους οικογενειακούς γιατρούς και στη στενή και εποικοδομητική διασύνδεση των ΤοΜΥ με τις άλλες οργανωτικές δομές του συστήματος δημόσιας υγείας.

Όσον αφορά την τέταρτη παράμετρο της στενής και εποικοδομητικής διασύνδεσης των ΤοΜΥ με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος δημόσιας υγείας, αν καταστεί εφικτή στο μέγιστο βαθμό, θα συμβάλει στην απελευθέρωση πόρων (οικονομικών και προσωπικού), από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία θα επικεντρωθούν στο βασικό τους ρόλο στο σύστημα, χωρίς να προβαίνουν σε παροχή υπηρεσιών που εντάσσονται στην ΠΦΥ. Οι ΤοΜΥ λειτουργώντας ως φορέας πρώτης επαφής του συστήματος με τον πολίτη, θα μπορεί να ‘’φιλτράρει’’ τα περιστατικά και να οδηγεί μόνο εκείνα που χρειάζονται εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες στις δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Επιπλέον, τα ΤοΜΥ, εκτός από το φιλτράρισμα που αναφέρθηκε, μπορούν να λειτουργήσουν πολύ ουσιαστικά, σε επίπεδο πρόληψης. Στόχος είναι η σωστή καθοδήγηση και η πρόληψη ορισμένων ασθενειών, προτού απαιτηθεί ένας ειδικός γιατρός, επομένως στόχος είναι το σύστημα να μην στηρίζεται στους ειδικούς, αλλά και στους γενικούς ιατρούς. Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ είναι ο μικρός αριθμός των γενικών ιατρών (αναλύεται εκτενώς παρακάτω).

3.4.5 Υγειονομική κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού

Το δικαίωμα για δωρεάν υγειονομική κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού, θεσμοθετήθηκε με το ν. 4368/2016. Αναφέρεται στο νόμο, πως οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και οι πολίτες της χώρας που δεν έχουν ασφάλιση, μπορούν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στις δημόσιες δομές υγείας. Αυτό ισχύει τόσο για τη νοσηλευτική όσο και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όπως γίνεται αναφορά στο νόμο, οι πολίτες της χώρας που είναι ανασφάλιστοι μπορούν να:

i. Επισκέπτονται ελεύθερα και δωρεάν τις δομές υπηρεσιών υγείας που ανήκουν στο δημόσιο τομέα,
ii. έχουν δωρεάν πρόσβαση στο σύνολο των διαγνωστικών και νοσηλευτικών δράσεων,
iii. έχουν δωρεάν παροχή χειρουργικών επεμβάσεων,
iv. έχουν δωρεάν μαιευτική περίθαλψη,
v. έχουν δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη.

Το μέτρο αυτό θεωρείται ένα κατεξοχήν θετικό βήμα, καθώς η μεγάλη ύφεση, είχε αυξήσει κατακόρυφα την ανάγκη για ιατρική στήριξη και κάλυψη. Το 2015, εκτιμήθηκε ότι 2 εκατομμύρια άτομα (κυρίως άνεργοι και εξαρτώμενα μέλη) δεν είχαν πρόσβαση σε χρηματοδοτούμενες από το κράτος υπηρεσίες υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Τέλος, έχει υπολογιστεί ότι το μέτρο αυτό οδήγησε στην αύξηση του κόστους εξετάσεων κατά 20% (Δριμής, 2020).

3.5 Προκλήσεις και προοπτικές ανάπτυξης του ΕΣΥ

Τα στοιχεία δείχνουν πως οι δαπάνες του υγειονομικού τομέα θα παρουσιάσουν διόγκωση. Αυτό αποτελεί συνέπεια παραγόντων όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και οι αλλαγές σε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Λόγω των συγκεκριμένων μεταβλητών προβλέπεται σημαντική άνοδος στη ζήτηση για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας και των χρόνιων νοσημάτων (Φίλιππας και συν, 2014). Οι μακροχρόνιες θεραπείες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, παρουσιάζουν ενδιαφέρον για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας. Παράλληλα οι προσδοκίες και οι ανάγκες των χρόνιων πασχόντων από τις υπηρεσίες υγείας αυξάνονται. Η ηγεσία και οι υπεύθυνοι της υγείας ερευνούν για την εύρεση κατάλληλων μέτρων για την βελτίωση της παροχής

ποιότητας και την εξεύρεση λύσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος (Πάσχος, 2018).

Οι ανωτέρω λόγοι διαμορφώνουν και το πλαίσιο προκλήσεων του ΕΣΥ. Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής της χώρας έχει λειτουργήσει ως καταλύτης για την αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού ευρείας κλίμακας μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, με στόχο όχι μόνο να μειωθούν οι δαπάνες του δημόσιου τομέα, αλλά και να διορθωθούν οι ανισότητες και η αναποτελεσματικότητα του. Οι μεταρρυθμίσεις προσδοκούν την αποκατάσταση της καθολικής κάλυψης και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και σημαντικές αλλαγές στις προμήθειες και στο σύστημα νοσοκομειακών πληρωμών. Σημαντικές προκλήσεις για το ΕΣΥ είναι:

i. Η αναμόρφωση του συστήματος ΠΦΥ μέχρι το 2021,

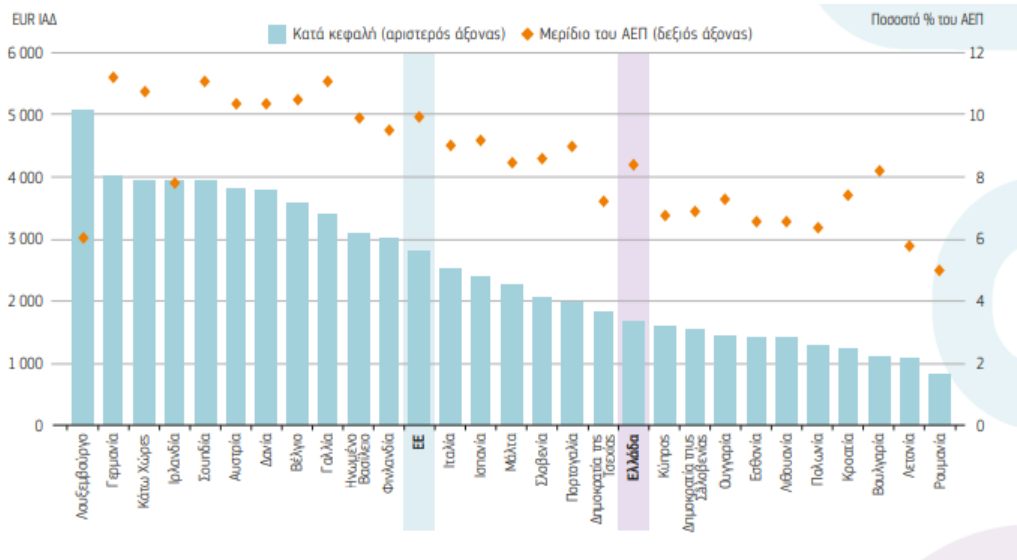
ii. η εξασφάλιση επαρκών πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας,

iii. η διατήρηση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,

iv. η ενίσχυση του σχεδιασμού του συστήματος υγείας,

v. ο συντονισμός και η διακυβέρνηση.

Συγκεκριμένα, οι δαπάνες για την Υγεία μειώθηκαν σημαντικά, ενώ βρίσκονται (για το 2017) κάτω του ευρωπαϊκού μέσου όρου (παρακάτω Εικόνα).

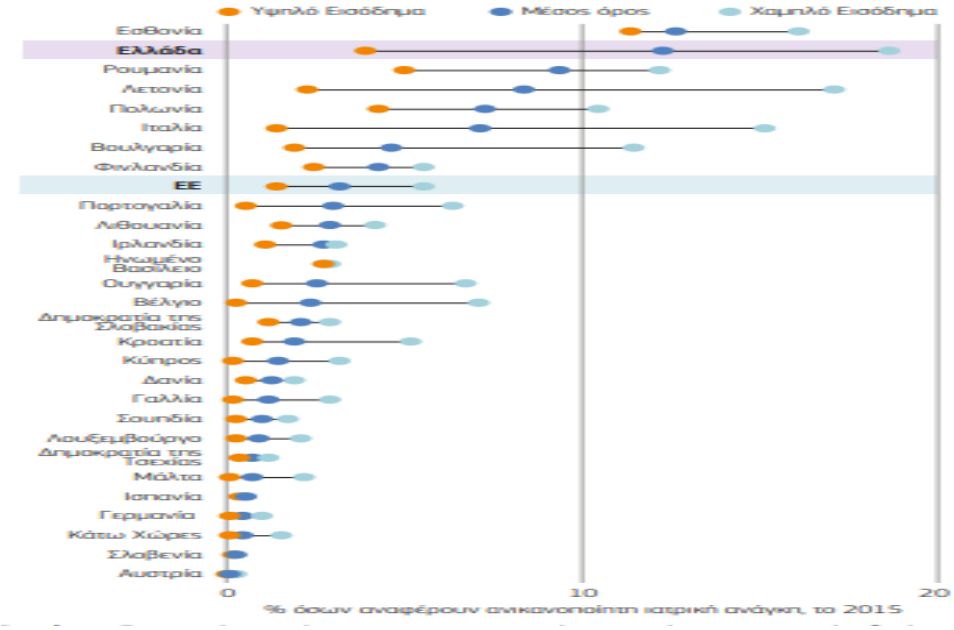


Εικόνα 1. Κατά κεφαλή δαπάνη για την Υγεία, Ευρώπη, 2017

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2017)

Όπως φαίνεται στην παρακάτω Εικόνα, οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία αποτελούν το 5% του ΑΕΠ, ενώ το αντίστοιχο, ευρωπαϊκό ποσοστό (κατά μέσο όρο) είναι 7.2% (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Επιπλέον όπως φαίνεται και στην Εικόνα 2 (παρακάτω) υπήρξε πολύ μεγάλο πρόβλημα με το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι υπάρχουν ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες, καθώς είναι πολύ μεγαλύτερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Το 2016 το ποσοστό ήταν 12% (Eurostat, 2018c) και 34% ανάμεσα στο γκρουπ κατώτατου εισοδήματος, ενώ το 2018 ήταν 10.2% (για τα άτομα άνω των 16 ετών)(Eurostat, 2018c). Καθώς το ποσοστό της Ευρώπης (μέσος όρος) ήταν 3.2%, υφίσταται ακόμα σημαντικό πρόβλημα κάλυψης.

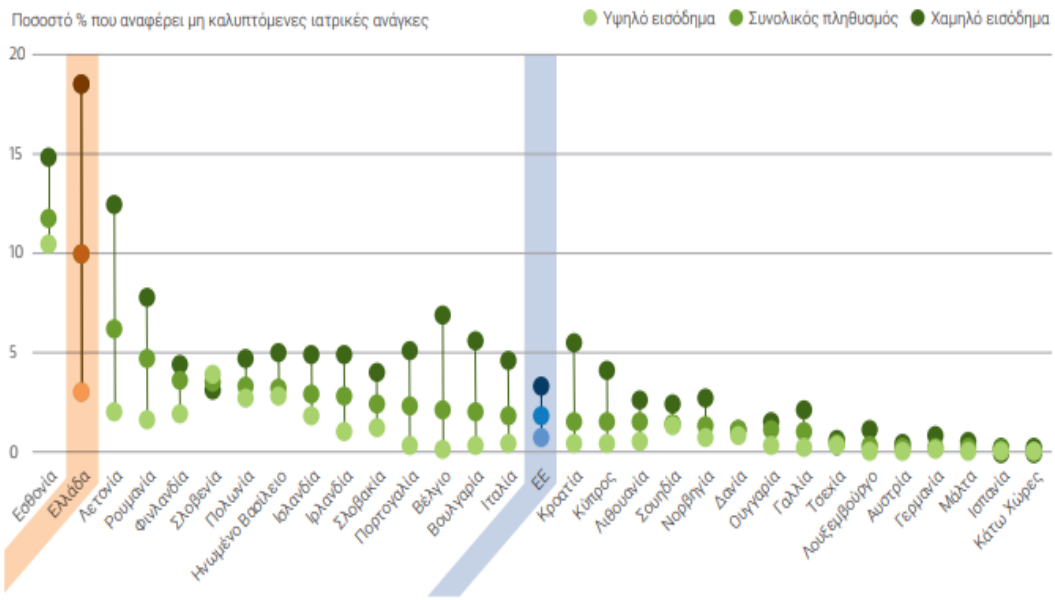
Σε σχέση με τις πληρωμές το 2015, το 90% των άμεσων πληρωμών των ασθενών αφορούσε τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, το 33% των οποίων (κατά εκτίμηση) (Souliotis et al., 2016), κατευθύνθηκαν στην επιπλέον πληρωμή των γιατρών για καλύτερη μεταχείριση («φακελάκι»). Σύμφωνα με τους Souliotis et al., (2016), τα 2/3 των ατόμων του δείγματος (2.471 συμμετέχοντες) ανέφεραν ότι είχαν προχωρήσει σε κάποια ανεπίσημη πληρωμή το 2012, ενώ το ίδιο δηλώθηκε για το 1/3 των δημόσιων νοσοκομείων.



Εικόνα 2. Ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, 2015

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2017)

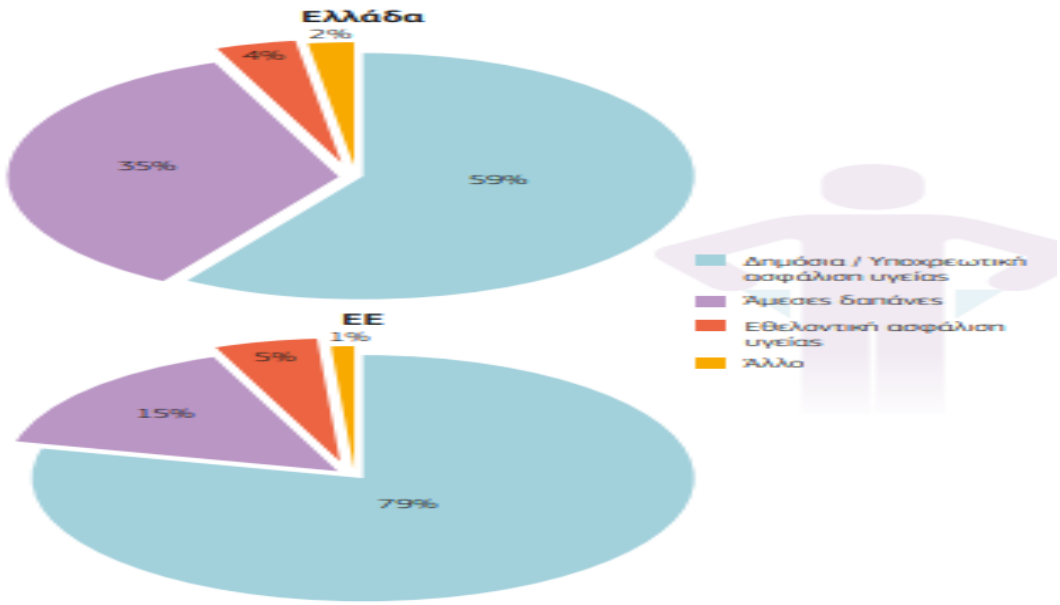
Από τα παραπάνω ποσοστά, διαμορφώνεται μια αρκετά περιεκτική εικόνα: υπάρχει μεγάλη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες, την ίδια στιγμή που οι δαπάνες για την Υγεία είναι περιορισμένες.



Εικόνα 3.Ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών 2017

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2019)

Στην παραπάνω Εικόνα, παρουσιάζεται το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών ανά χώρα (λόγω κόστους, απόστασης ή λίστας αναμονής) για το έτος 2017. Η Ελλάδα κατατάσσεται στη δεύτερη χειρότερη θέση, πριν την Εσθονία, ενώ το μόνο θετικό είναι ότι το ποσοστό παρουσίασε πτώση για πρώτη φορά έπειτα από 6 συνεχή έτη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).



Εικόνα 4.Κατανομή δαπανών των ασθενών, Ελλάδα & Ευρώπη, 2015

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2017)

Όπως φαίνεται στην παραπάνω Εικόνα, στην Ευρώπη το 15% των δαπανών των ασθενών είναι άμεσες, ενώ στην Ελλάδα το 2015, ήταν 35% και το 2017, 34.8%.

Εικόνα 5.Κατανομή δαπανών των ασθενών, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2019)

Οι λόγοι που οι άμεσες δαπάνες είναι τόσο υψηλές θεωρούνται, οι λίστες αναμονής, το μηνιαίο όριο στις επισκέψεις σε ιατρούς, οι κατακερματισμένες δημόσιες υπηρεσίες, η υπερπροσφορά ιδιωτών ιατρών, ο εκτεταμένος βαθμός ύπαρξης άτυπων πληρωμών κ.ά. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Κάτι σημαντικό είναι ότι το μέτρο της καθολικής κάλυψης δε φάνηκε να έχει κάποια σημαντική, θετική επίδραση στο ποσοστό κάλυψης ιατρικών αναγκών και στην κατανομή των δαπανών των ασθενών, κάτι που μπορεί να φανερώνει βαθύτερες δομικές ελλείψεις/ εμπόδια που δεν έχουν αντιμετωπιστεί.

Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών (δαπάνες για ιατρικές ανάγκες που υπερβαίνουν το 40% των συνολικών εξόδων, εξαιρουμένων των στοιχειωδών δαπανών διαβίωσης) ήταν 10% το 2015 (ένα στα δέκα νοικοκυριά) και περίπου 8% το 2017 (WHO, Regional Office for Europe, 2019b).

Παρατηρείται έντονη ανισότητα σε σχέση με την κατανομή των πόρων και του προσωπικού υγείας: υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση πόρων και προσωπικού στις αστικές περιοχές και σχετική έλλειψη στις αγροτικές περιοχές, ενώ ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών οξείας θεραπείας είναι κάτω του ευρωπαϊκού μέσου όρου (360 ανά 100.000 κατοίκους)(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Η αναλογία ιατρών-πληθυσμού είναι η μεγαλύτερη στην Ευρώπη (6,3 ανά 1.000), ενώ υπάρχουν χαμηλά ποσοστά γενικών ιατρών και η χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού-πληθυσμού στην Ευρώπη (3,2 έναντι 8,4 ανά 1.000)(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Μια σημαντική πρόκληση είναι η έλλειψη δεικτών ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρόλο που υπάρχουν επιτροπές υγείας δεν υφίστανται συστηματικά προγράμματα καταγραφής και παρακολούθησης επίσημων δεικτών ποιότητας. Στον παρακάτω Πίνακα, παρουσιάζονται οι βασικές, τεχνικές ελλείψεις του ΕΣΥ, ώστε να αξιολογηθεί κριτικά η πρόοδος σε κάθε επιμέρους διάσταση.

Πηγές μη-αποδοτικότητας	**Πιθανές αιτίες**
Εργαζόμενοι-ανισορροπίες	Χαμηλό ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού και ανεπαρκής εκπαίδευση, μη ισορροπημένη κατανομή ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών/ οικογενειακών ιατρών
Φάρμακα-χαμηλή χρήση γενόσημων και υπερτιμολόγησή τους	Χαμηλή αντιληπτή αποτελεσματικότητα/ ασφάλεια των φαρμάκων αυτών (στάσεις/ αντιλήψεις ασθενών) και ιστορικά μοτίβα συνταγογράφησης
Προϊόντα-υπερβολική χρήση διαδικασιών, ερευνών και εξοπλισμού	Ζήτηση που προκαλείται από την προσφορά
Υπηρεσίες-χαμηλότερη από τη βέλτιστη ποιότητα και μεγάλα ποσοστά ιατρικών λαθών	Ανεπαρκής καθοδήγηση, πρωτόκολλα ή standards (έλλειψη), κατακερματισμός και χαμηλός βαθμός συντονισμού, απουσία συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης
Υπηρεσίες-ανεπάρκειες σε σχέση με την	Απουσία συστήματος διανομής και

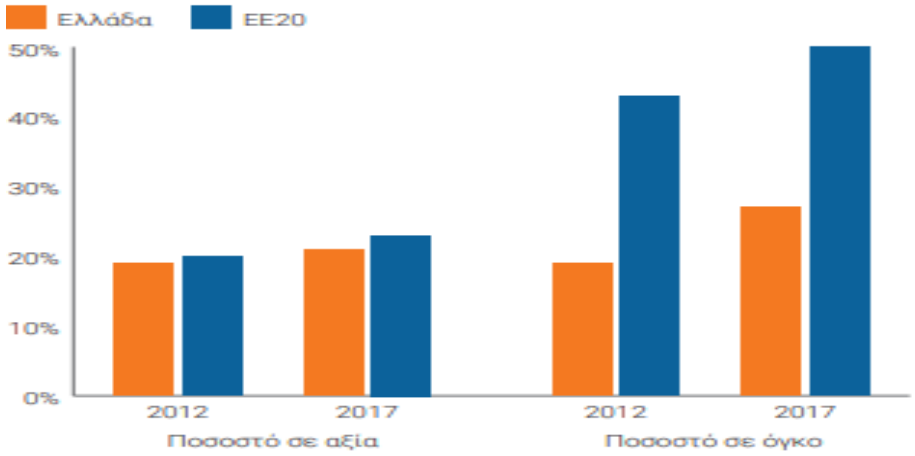
πρωτοβάθμια υγεία	καθοδήγησης (referral system), χαμηλός βαθμός έμφασης στην πρόληψη
Υπηρεσίες-ακατάλληλα μεγέθη νοσοκομείων	Έλλειψη σχεδιασμού, ελέγχου και συντονισμού
Διαφθορά	Ελλιπές σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης κατανομής πόρων, χαμηλός βαθμός λογοδοσίας
Διοικητική περιπλοκότητα	Γραφειοκρατία, κρυφά κόστη

Πίνακας 1. Πηγές μη αποδοτικότητας Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Πηγή: Chisholm&Evans (2010)

Τα παραπάνω κεντρικά σημεία, μπορούν να αποτελέσουν μια βάση αξιολόγησης των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ. Σε σχέση με τους εργαζόμενους δεν υπήρξε κάποιος σοβαρός εξορθολογισμός, καθώς το 2017 τα ποσοστά των γιατρών και νοσηλευτών ήταν 6.1 και 3.3 αντίστοιχα, ενώ το 2015 ήταν 6.3 και 3.2 (απλά μειώθηκε ο απόλυτος αριθμός, όχι η αναλογία)(OECD, 2020). Επιπρόσθετα δεν υπάρχει επαρκής σχεδιασμός σε σχέση με την κατανομή πόρων και προσωπικού, ενώ ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά κατοίκους είναι 4.2-1.000, λίγο πιο κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Σε ότι αφορά τα φάρμακα, υπήρξε κάποια σαφής βελτίωση σε σχέση με τη φαρμακευτική δαπάνη (από 4.5 δις. το 2010 σε 1,95 το 2018)(Σακκάς, 2018), αν και όπως φαίνεται στην παρακάτω Εικόνα, απαιτούνται ακόμα κάποια βήματα, καθώς ο όγκος των γενόσημων είναι ο χαμηλότερος στην Ευρώπη.



Εικόνα 6. Γενόσημα φάρμακα, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2019)

Σε ότι αφορά τις υπηρεσίες, έγιναν κάποια βήματα αλλά δε φαίνεται να υπάρχει κάποια σημαντική διαφοροποίηση σε ότι αφορά την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών, που συνδέεται με δομικές επάρκειες και δυνατότητες ενός συστήματος υγείας (Economou et al, 2017). Δεν υφίστανται επίσημα δεδομένα για βασικούς δείκτες ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών, ενώ τα ποσοστά ενδο-νοσοκομειακής λοίμωξης είναι τα υψηλότερα στην ΕΕ (Suetens et al., 2018).

Μια ενδιαφέρουσα σχετική έρευνα είναι των Androutsou, Geitona&Yfantopoulos, (2011), όπου μελετήθηκαν 7 ομοιογενείς ειδικές κλινικές του ΕΣΥ στην περιοχή της Θεσσαλίας (το χρονικό διάστημα 2002-2006) και αξιολογήθηκε η παραγωγικότητα και η τεχνική αποδοτικότητά τους (ουσιαστικά εξετάζεται η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής σε επίπεδο παραγωγικότητας και αποδοτικότητας). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το Malmquist Productivity Index, όπου γίνεται μέτρηση της ικανότητας μεταμόρφωσης ορισμένων εισροών (κεφάλαιο και εργασία) σε εκροές. Τα ευρήματα ήταν αρκετά ενδιαφέροντα: διαπιστώθηκε μια θετική αύξηση στην παραγωγικότητα όλων των κλινικών, αλλά εξαιτίας της τεχνολογικής αλλαγής και όχι της ανάπτυξης τεχνικής αποδοτικότητας. Όλες οι κλινικές (εκτός από μια) επέδειξαν θετική, τεχνολογική αλλαγή, ενώ στις κλινικές της Γενικής Ιατρικής, της Ορθοπεδικής και της Ουρολογίας διαπιστώθηκε μια εγγύτητα σε ότι αφορά τη χρησιμοποίηση βέλτιστων πρακτικών. Παρόλα αυτά, στις κλινικές Παιδιατρικής, Οφθαλμολογίας, Γυναικολογίας και στη χειρουργική, διαπιστώθηκε μια αδυναμία υιοθέτησης της τεχνολογικής αλλαγής, ενώ η τεχνική αποδοτικότητα ήταν αρνητική. Μια αιτία που διατυπώθηκε από τους ερευνητές ήταν η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Geitona et al., 1998), καθώς η ένταση της εργασίας μπορεί να μην αφήνει περιθώρια απορρόφησης της απαιτούμενης αλλαγής και διεύρυνσης της κλινικής απόδοσης. Μάλιστα η σημαντικότητα της έρευνας αυτής, έγκειται στο ότι οι κλινικές ήταν ομοιογενείς (η χρησιμοποίηση του δείκτη MI είχε ξαναγίνει σε ετερογενές κλινικές), όπου περιορίζονται οι επιδράσεις των τοπικών πολιτικών στη διασπορά των υπό μελέτη μεταβλητών. Συνεπώς το ζήτημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού και του μεγέθους των κλινικών καταδεικνύονται ξανά, ενώ μπορεί να εμποδίζουν σημαντικά την αύξηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας των κλινικών, εξαιτίας της μεγάλης έντασης εργασίας.

Το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ύπαρξη ενός αποδοτικού συστήματος υγείας έχει ενισχυθεί αρκετά, ενώ έχει προβλεφθεί όπως έχει προαναφερθεί, υποχρεωτικός μηχανισμός παραπομπής σε ειδικό ιατρό (gatekeeping). Παράλληλα το καλοκαίρι του 2019 λειτουργούν 127 (οι μισές από όσες είχαν προβλεφθεί) τοπικές μονάδες υγείας, καλύπτοντας το 1/5 του συνολικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά, το σύστημα έχει φτάσει στο μέγιστοι όριο αξιοποίησης των γενικών ιατρών, ενώ είναι δύσκολη η προσέλκυση ανάλογων ιατρών από τον ιδιωτικό τομέα, λόγω έλλειψης κινήτρων (European Commission, 2019a).

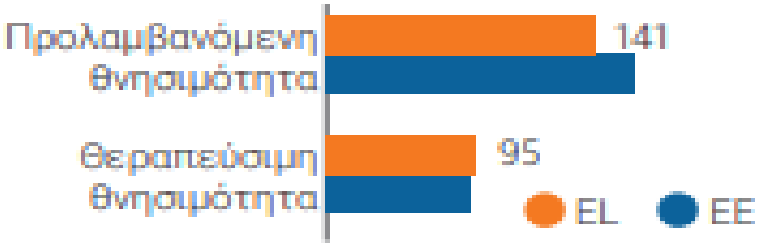
Επί αυτού, μια έρευνα των Zavras, Geitona, & Kyriopoulos (2014), μπορεί να είναι βοηθητική, καθώς αναγνωρίστηκαν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες επιρροής της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας υγείας. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, καθώς έτσι μπορούν να σχεδιαστούν πιο αποτελεσματικά μέτρα, να γίνει καλύτερη διαχείριση και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της στόχευσης των πολιτικών. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε, ότι:

i. οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας (οι λόγοι μπορεί να είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί)
ii. υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών αυτών (κάτι πολύ σημαντικό, διότι μπορεί να φανερώνει σοβαρά ζητήματα πρόσβασης και ανισότητας-θα ανέμενε κανείς θετική συσχέτιση)
iii. η αυτό-αναφερόμενη νοσηρότητα συνδέεται θετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί είναι αρκετά εύκολη η εκτίμηση του δείκτη αυτού (με κάποια στατιστική έρευνα) και έπειτα η αξιόπιστη εκτίμηση των πιθανοτήτων αύξησης της ζήτησης (για παράδειγμα αν βρεθεί σημαντική αύξηση στο δείκτη θα πρέπει να παρθούν μέτρα γιατί η πιθανότητα αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας είναι μεγάλες)
iv. το εισόδημα συνδέεται αρνητικά με τις υπηρεσίες, ενώ τα άτομα με χαμηλό εισόδημα τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, καθώς γενικά το υψηλό εισόδημα έχει συσχετιστεί με «θετικές

συμπεριφορές υγείας» (εκτός της κατανάλωσης αλκοόλ), επομένως τα άτομα σε χαμηλότερα εισοδηματικά επίπεδα είναι πιο υψηλού ρίσκου (επομένως θα έπρεπε να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες).

Μια άλλη έρευνα των Latsou & Geitona, (2018) διερεύνησε την επίδραση της ανεργίας στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, μακροχρόνια άνεργες, ηλικίας 25-44 ετών). Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση, ενώ όταν αυξάνεται η ανεργία, τείνουν να αυξάνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Παράλληλα η διάρκεια της περιόδου ανεργίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ενώ διαπιστώθηκε η ύπαρξη ενός φαύλου κύκλου, όπου εμπεριέχονται η ανεργία, οι οικονομικές δυσκολίες και τα ψυχολογικά προβλήματα.

Σε σχέση με την αποδοτικότητα της κατανομής των πόρων, έχουν γίνει κάποια ουσιαστικά βήματα βελτίωσης, με το σύστημα προοπτικών πληρωμών βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων, όπως και με τον κατακερματισμό και την έλλειψη συντονισμού που χαρακτήριζε το ΕΣΥ. Παρόλα αυτά δεν έχουν αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η πρόληψη, η διασφάλιση της ποιότητας (όπως προαναφέρθηκε), η συμμετοχή των ασθενών και η παρακολούθηση του συστήματος (με σκοπό τη συνεχή βελτίωσή του) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Τέλος σε επίπεδο διαφάνειας έχουν γίνει κάποια βήματα, με την εισαγωγή μηχανισμών υποβολής στοιχείων, σε τομείς όπως οι δημόσιες συμβάσεις και οι προμήθειες των νοσοκομείων. Τέλος παρόλο που έχει βελτιωθεί σε ένα βαθμό η αποδοτικότητα του συστήματος, υποστηρίζεται ότι δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά η αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019), ενώ δεν υπάρχει ένας συνολικός στρατηγικός σχεδιασμός (μια δυνατότητα συνολικής εποπτείας), ώστε αυτές οι μεταρρυθμίσεις να μπορούν να αξιολογηθούν ειδικά και γενικά (ως μέρη ενός δυναμικού συστήματος) (European Commission, 2019b).



Εικόνα 7. Θνησιμότητα, Ελλάδα & Ευρώπη, 2017

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2019)

Συνολικά, από την παραπάνω Εικόνα φαίνεται ότι η Ελλάδα υστερεί κυρίως σε επίπεδο προλαμβανόμενης θνησιμότητας, κάτι στο οποίο αναμφίβολα επιδρά σημαντικά η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές πρόληψης (μεταξύ άλλων).

Συμπερασματικά, όπως αναφέρθηκε και στον κριτικό σχολιασμό σε προηγούμενη ενότητα των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ, ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα αποτελεί διαχρονικά η απουσία στρατηγικού σχεδίου και οι συνεχείς αλλαγές, χωρίς πλάνο και συνεννόηση μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και της κεντρικής διοίκησης. Απαιτείται ένας συντονισμός και διακυβέρνηση από ένα όργανο, το οποίο δε θα λαμβάνει αποφάσεις με πολιτικό γνώμονα, αλλά με κριτήρια υγειονομικά, κοινωνικά και οικονομικά. Σε αυτό θα υπάρχει συμμετοχή ανθρώπων με γνώσεις και εμπειρία για κάθε επιμέρους πτυχή του υγειονομικού τομέα. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει συνέχεια στο σχεδιασμό του συστήματος υγείας της χώρας, χωρίς συνεχείς παρεμβάσεις και οπισθοδρόμηση. Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται πως θα υπάρχει ενίσχυση στον προγραμματισμό του συστήματος υγείας, που παράλληλα θα εξασφαλίζει τους επαρκείς πόρους και τη σωστή κατανομή και χρήση τους, ώστε το σύστημα να λειτουργεί αποτελεσματικά.

Επιπλέον, οι αλλαγές που έχουν εφαρμοστεί ως τώρα είχαν κατά βάση χαρακτήρα οργανωτικό (υπό την έννοια της σύντμησης φορέων κ.ά.) με σαφή χρηματοοικονομική στόχευση (μείωση του κόστους) και χωρίς να αντιμετωπίζονται ουσιαστικά και πλήρως, τα πιο θεμελιώδη ζητήματα, μακροπρόθεσμου χαρακτήρα. Αντιθέτως, υποστηρίζεται ότι εφαρμόστηκαν με το χαρακτήρα του κατεπείγοντος, τεχνοκρατικά κυρίως μέτρα, την ίδια στιγμή που επιβλήθηκαν σοβαρές περικοπές, κάτι που δυσχεραίνει την επιτυχή πορεία των μεταρρυθμίσεων και τη δυνατότητα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, ένα σημαντικό στοιχείο σε σχέση με

τις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ είναι ότι δεν λήφθηκε αρκετά υπόψη η ευρεία λειτουργικότητα του συστήματος υγείας και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Η πλειοψηφία των μεταρρυθμίσεων που έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα έχει εστιάσει στη μείωση του κόστους. Ωστόσο, υπάρχει ανάγκη, σε μια μακροπρόθεσμη βάση, να εστιάσει σε στρατηγικές μεταρρυθμίσεις που να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και την ίδια στιγμή να εγγυώνται τη συνολική βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης (Economou et al, 2017).

Προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας θεωρούνται:

i. Οι μεταβολές στην αγορά ασφάλισης,

ii. οι μεταβολές στο θεσμικό πλαίσιο και των πολιτικών του κράτους,

iii. η διείσδυση της καινοτομίας και η συνεχή βελτίωση των εφαρμογών τεχνολογιών και επικοινωνιών,

Συγκεκριμένα, οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας στη χώρα, έχουν την υποχρέωση να λάβουν υπόψη τους ζητήματα που απορρέουν από αυτές τις προκλήσεις.

Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην ελληνική υγειονομική περίθαλψη την τελευταία δεκαετία, έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε οικονομικές και οργανωτικές διαστάσεις, αντιμετωπίζοντας εν μέρει τα μακροπρόθεσμα ζητήματα του συστήματος των δομικών συστημάτων υγείας. Ωστόσο, πραγματοποιώντας σημαντικές αλλαγές σε συνδυασμό με εκτεταμένες οικονομικές περικοπές, αποδείχθηκε πως είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθούν ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις.

Συνολικά, το περιεχόμενο και η διαδικασία των μεταρρυθμίσεων είχαν κυρίως μια τεχνοκρατική και διαχειριστική φύση και δόθηκε μικρή προσοχή στην ευρύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας και τις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ο τρόπος που έγιναν οι μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα μπορεί εν μέρει, να αποτελεί ένα ισχυρό παράδειγμα, πως οι προσεγγίσεις από πάνω προς τα κάτω των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας, μπορεί να μην αποτελεί και το βέλτιστο τρόπο για να έχουν επιτυχία.

Παρόλο που πολλές από τις μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στη χώρα από το 2010 κρίθηκαν απαραίτητες για την περίπτωση της Ελλάδας, ήταν πάρα πολλές και έγιναν πολύ γρήγορα. Πριν την κρίση του 2009, η έλλειψη πολιτικής βούλησης και συνέπειας, οδήγησε σε καθυστερήσεις μεταρρυθμίσεων, πολύ κρίσιμων και αναγκαίων για το σύστημα υγείας.

Όταν άρχισε η υλοποίηση τους, το πλαίσιο που είχε διαμορφωθεί ήταν περισσότερο δυσμενές, όσον αφορά στην έλλειψη χρηματοδότησης. Αυτό το γεγονός, επηρέασε δυσμενώς τόσο τη διαδικασία όσο και τα αποτελέσματα. Συνεπώς, η έγκαιρη ανταπόκριση στα επίμονα προβλήματα του συστήματος υγείας, υπό μια ισχυρή κυβερνητική διαχείριση, αποτελεί τη βέλτιστη στρατηγική για την αντιμετώπιση των μεταρρυθμίσεων.

Υπάρχει το ενδεχόμενο, όταν πραγματοποιείται μια σειρά μεταρρυθμίσεων να υπάρξουν και συνέπειες που δεν έχουν προβλεφθεί. Αυτό συνέβη και στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, επιδεινώθηκε η πρόσβαση στην περίθαλψη και τα φαρμακευτικά προϊόντα, αποδυναμώθηκαν βασικά προγράμματα όπως η ψυχική υγεία, η πρόληψη του καρκίνου και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών και παρουσιάστηκε έλλειψη εστίασης, σε τομείς που αποτελούν βασικά δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας, όπως η ΠΦΥ.

Παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν καταβληθεί μέχρι στιγμής, ορισμένες βασικές πηγές του συστήματος υγείας που προκαλούν αναποτελεσματικότητα εξακολουθούν να υφίστανται. Προβλήματα εντοπίζονται στην ΠΦΥ, στην έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού και στην έλλειψη χρηματοδότησης. Μια άλλη πρόκληση, είναι η έλλειψη ικανότητας των στελεχών του τομέα υγείας και η εισαγωγή διαχειριστικών μεταρρυθμίσεων. Επιπλέον, υπάρχουν κενά στη ροή πληροφοριών μεταξύ διαφόρων κρατικών φορέων, παραλλαγές στις τεχνικές δεξιότητες και έλλειψη ουσιαστικής αξιολόγησης των επιδόσεων, μεταβλητές που ενθαρρύνουν και την αντίσταση στην αλλαγή.

Η αδυναμία αλλαγών στο ελληνικό σύστημα υγείας, αποτελούσε πάντα ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας, που οφείλεται σε πολιτικές συνθήκες, σε έλλειψη διαφάνειας και σε ουσιαστική αντίσταση από τα εμπλεκόμενα μέρη.

Γενικά επικρατεί η αντίληψη πως οι πολιτικοί παράγοντες, οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων και τα ενδιαφερόμενα μέρη, διαφωνούν θεμελιωδώς σχετικά με τις αξίες του συστήματος υγείας και την κατεύθυνση των μεταρρυθμίσεων στον

τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που περιπλέκει περαιτέρω την κατάσταση.

Μετά την πρόσφατη κρίση, έγινε επιτακτική και έντονη η ανάγκη ριζικής αναδιάρθρωσης του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Πρέπει να στοχεύει στην υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας(Δερβένηςκαι Βογιατζής,2016) με δίκαιο τρόπο και με καθολικότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία πρέπει να επανεξετάσουν έξι προτεραιότητες:

i. Εξασφάλιση δίκαιης πρόσβασης στις υπηρεσίες,
ii. βελτίωση της ενδυνάμωσης των πολιτών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται και τις επιλογές που υπάρχουν για τη αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν,
iii. αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας επικεντρωμένο στον ασθενή,
iv. βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας,
v. αποκέντρωση και εκδημοκρατισμός στη λήψη αποφάσεων,
vi. εφαρμογή της λογοδοσίας.

Υπάρχει επίσης ανάγκη επανεξέτασης και προώθησης ενός δημόσιου διαλόγου σχετικά με τον προϋπολογισμό του τομέα υγείας, ο οποίος δεν πρέπει να θεωρείται ως οικονομικό βάρος αλλά ως αναπτυξιακό εργαλείο, με έμφαση στην αντιμετώπιση, όχι μόνο των οικονομικών διαστάσεων αλλά και της ευημερίας των πολιτών. Με άλλα λόγια, πρέπει να γίνει επαναφορά των κοινωνικών αξιών στις οποίες βασίζεται το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός συστήματος βιώσιμης ανάπτυξης.

Κεφάλαιο 4

Έρευνα

Το 4ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας είναι αφιερωμένο στα στοιχεία που σχετίζονται και περιγράφουν την έρευνα. Το κεφάλαιο αυτό έρχεται να επεκτείνει τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μιας και θα παράγει νέα συμπεράσματα που θα προσφέρουν νέα δεδομένα σχετικά με το θέμα που πραγματεύεται η έρευνα. Το κεφάλαιο αυτό αρχικά θα ορίσει τη μεθοδολογία που θα βασιστεί η έρευνα, το βασικό σκοπό αλλά και τους επιμέρους στόχους της. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, το δείγμα της έρευνας και η δειγματοληψία, τα ηθικά στοιχεία της έρευνας και τέλος θα ακολουθήσουν τα ερευνητικά ερωτήματα.

4.1 Μεθοδολογία έρευνας

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για να βασιστεί, να σχεδιαστεί και έπειτα να εκτελεστεί η έρευνα στα πλαίσια της παρούσας εργασίας είναι η ποσοτική. Στις ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούνται ποσοτικές μέθοδοι ανάλυσης, ποσοτικά δεδομένα, ποσοτικά εργαλεία συλλογής δεδομένων και εξάγονται ποσοτικά συμπεράσματα (Polit & Beck, 2010).

Η μεθοδολογία μιας έρευνας (Τσιπλητάρης και Μπάμπαλης, 2011) αφορά όλα τα στοιχεία που συνδέονται με αυτή και σχετίζεται με την προσπάθεια του κάθε ερευνητή, με τις προσεγγίσεις που θα χρησιμοποιηθούν, με τα μέσα που θα συλλέξουν δεδομένα, τον τρόπου που τα δεδομένα θα μετατραπούν σε αποτελέσματα και συμπεράσματα και τέλος, γενικά με τις διαδικασίες που θα προτιμηθούν για να διεξαχθεί μια έρευνα (Δημητρόπουλος, 2004). Έτσι, μπορεί να συμπεράνει κανείς πως η μεθοδολογία μιας έρευνας είναι ο σχεδιασμός και τελικά, η υλοποίηση αυτής(Φίλιας, 2001)

Συγκεκριμένα, για την ποσοτική έρευνα, οι Cohen, Manion και Morrison (2011) αναφέρουν πως μια έρευνα τέτοιου τύπου περνάει από τα εξής 8 στάδια:

1. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
2. Διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος ή των ερευνητικών ερωτημάτων με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
3. Ανάπτυξη μιας έρευνας για να βρεθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα
4. Διεξαγωγή της έρευνας που έχει αναπτυχθεί
5. Ανάλυση των δεδομένων της έρευνας για να προκύψουν αποτελέσματα προς σχολιασμό
6. Ανάπτυξη των βασικών ευρημάτων και συμπερασμάτων από την έρευνα
7. Σύγκριση των ευρημάτων και συμπερασμάτων με δεδομένα από άλλες έρευνες
8. Πιθανή γενίκευση των συμπερασμάτων

Επίσης, μια ποσοτική έρευνα στοχεύει σε μεγάλο πλήθος δείγματος δίνοντας κυρίως βάση στην ποσότητα των συμμετεχόντων και αναζητά τον αριθμό (αριθμητικά δεδομένα, δηλαδή) των συμμετεχόντων που σχετίζονται με ένα φαινόμενο που η έρευνα μελετά. Έτσι, δίνεται βάση στην ποσότητα και όχι στο βάθος ή στην εστίαση των απαντήσεων – γεγονός που θα οδηγούσε στην επιλογή άλλης μεθοδολογίας όπως η ποιοτική (McNabb, 2015).

Καθώς ο στόχος μιας ποσοτικής έρευνας είναι η καταγραφή συνθηκών, χαρακτηριστικών, απόψεων και συμπεριφορών μια πληθυσμιακής ομάδας (McCusker&Gunaydin, 2015), θεωρήθηκε ότι είναι η καλύτερη επιλογή για τη συγκεκριμένη έρευνα, ώστε να προκύψουν αποτελέσματα, τα οποία θα είναι δυνατόν να γενικευτούν και να οδηγήσουν σε καθολικά συμπεράσματα.

Σύμφωνα με το έργο του Φίλια (2001) οι έρευνες μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε 3 βασικές ομάδες. Πρώτες είναι οι διερευνητικές, δεύτερες οι περιγραφικές και τρίτες οι πειραματικές.

Οι διερευνητικές έρευνες σχετίζονται με σκοπούς που αφορούν τη διατύπωση προβλήματος ή υπόθεσης, στοιχεία τα οποία στη συνέχεια εξετάζονται ενδελεχώς. Στις έρευνες αυτές πρωτεύοντα ρόλο έχει η ανακάλυψη η οποία έρχεται μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και των αποτελεσμάτων των δεδομένων από

εμπειρογνώμονες. Στις διερευνητικές έρευνες υπάγονται και οι μελέτες περίπτωσης (case studies).

Οι περιγραφικές έρευνες χρησιμοποιούνται όταν ζητείται να εκτιμηθούν τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης. Οι έρευνες αυτές δε χαρακτηρίζονται από την ευελιξία των διερευνητικών αλλά είναι σχεδιασμένες με ακρίβεια καθώς αναζητούν πλήρεις λεπτομέρειες πάνω στο θέμα που εξετάζουν.

Οι πειραματικές έρευνες ελέγχουν τις ερευνητικές υποθέσεις. Ωστόσο, σχετίζονται με ένα πείραμα που εμπλέκει τη σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία η παρούσα έρευνα μπορεί να χαρακτηριστεί ως διερευνητική.

4.2 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της πορείας που έχει διαγράψει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας από το 1983 που ιδρύθηκε, μέχρι και σήμερα. Μέσω της διερεύνησης αυτής αναμένεται να προκύψουν πληροφορίες για τις συνθήκες που διαμόρφωσαν σε κάθε περίπτωση τη λειτουργία του ΕΣΥ, καθώς επίσης και στοιχεία για τους λόγους που οδήγησαν στις πολλές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις που το χαρακτηρίζουν.

4.3 Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι

i. Η διερεύνηση των γνώσεων του προσωπικού που εργάζεται στο χώρο της δημόσιας υγείας πάνω στα θέματα των μεταρρυθμίσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας την τελευταία δεκαετία

ii. Η διερεύνηση των ανεπαρκειών και των προβλημάτων που χαρακτηρίζουν σήμερα τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

iii. Η διερεύνηση των προοπτικών που υπάρχουν για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης

Για να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι της έρευνας, μελετήθηκαν οι απόψεις και αντιλήψεις ανθρώπων που εργάζονται στον χώρο της δημόσιας υγείας,

ώστε να καταστούν σαφή τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα αναφορικά με την παροχή υγείας.

Για το λόγο αυτό, τα ερωτήματα εστιάστηκαν στον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται υπηρεσίες υγείας στα σημερινά δημόσια νοσοκομεία, σε τι βαθμό έχουν αλλάξει οι προσφερόμενες υπηρεσίες σε σχέση με το παρελθόν και ποιες είναι οι προοπτικές βελτίωσης της κατάστασης, ώστε να επέλθουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

4.4 Δείγμα

Μιλώντας για το δείγμα μιας έρευνας η επιστημονική κοινότητα το σχετίζει με το αντιπροσωπευτικό τμήμα ενός γενικότερου πληθυσμού. Αντίστοιχα, το στατιστικό δείγμα είναι το τμήμα ενός στατιστικού πληθυσμού.

Η έννοια του στατιστικού δείγματος αναπτύχθηκε στην προσπάθεια των επιστημόνων να βρουν ένα αντιπροσωπευτικό και αποδοτικό μέσο για να μην είναι απαραίτητο στις στατιστικές αναλύσεις τους να λαμβάνουν υπόψη όλο το δυνατό πληθυσμό. Η ένταξη όλου του δυνατού πληθυσμού σε μια έρευνα, όπως μπορεί να αντιληφθεί κανείς, αποτελεί μεγάλη προσπάθεια και μεγάλη ποσότητα χρόνου από ένα ερευνητή. Επίσης, επιβαρύνει σημαντικά τον οικονομικό προϋπολογισμό μιας έρευνας και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι και αδύνατη ως διαδικασία (Blair, Czaja&Blair, 2013).

Έτσι, κάθε ερευνητής στοχεύει την έρευνα σε ένα τμήμα του πληθυσμού, το λεγόμενο στατιστικό δείγμα. Σημαντική προϋπόθεση στην όλη διαδικασία αποτελεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος που εξασφαλίζεται με το γεγονός πως κάθε πιθανό υποκείμενο της έρευνας να έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα όσο κάθε άλλο.

Τα παραπάνω στοιχεία οδηγούν στο συμπέρασμα πως η σύσταση ενός στατιστικού δείγματος είναι μια διαδικασία που δεν είναι εύκολη θα πρέπει να γίνεται με προσοχή μιας και τα λάθη μπορεί να οδηγήσουν σε μη αντιπροσωπευτικό δείγμα και κατ’ επέκταση σε μη αντιπροσωπευτικά και έγκυρα αποτελέσματα (Blair, Czaja&Blair, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό, στην παρούσα έρευνα, η πληθυσμιακή ομάδα που αποτελεί το δείγμα είναι το νοσηλευτικό, διοικητικό και ιατρικό προσωπικό του Γενικού

Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και του Κέντρου Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης και οι οποίοι ανέρχονται σε 100.Το δείγμα του Κέντρου Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης έφτασε τα 20 άτομα (5 Ιατροί, 1 ΠΕ Διοικητικός, 9 ΤΕ νοσηλευτών, 1 μαία, 4 ΔΕ βοηθών νοσηλευτών) και το δείγμα του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής έφτασε τα 80 (13 ΔΕ βοηθοί νοσηλευτών, 15 Ιατροί, 6 μαίες, 18 ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ Διοικητικοί, 11 ΠΕ νοσηλευτών, 17 ΤΕ Νοσηλευτών).

4.5 Δειγματοληψία

Η επιλογή του δείγματος έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία, που σημαίνει ότι κάθε εργαζόμενος του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και του Κέντρου Υγείας Ξάνθης είχε τις ίδιες πιθανότητες να επιλεχθεί ως δείγμα της έρευνας. Έτσι, η συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα βασίζεται αποκλειστικά στην τύχη και στην ίδια πιθανότητα και για το λόγο αυτό η απλή τυχαία δειγματοληψία ονομάζεται αλλιώς και ως μέθοδος των πιθανοτήτων.

Αξίζει να σημειωθεί πως η απλή τυχαία δειγματοληψία δε θα πρέπει να συγχέεται με τη συστηματική τυχαία δειγματοληψία μιας και τα απλά τυχαία δείγματα είναι μια μορφή δίκαιης δειγματοληψίας. Η τεχνική αυτή συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία και χρησιμοποιείται από πολλές έρευνες καθώς αποτελεί μια από τις βασικότερες τεχνικές δειγματοληψίες και αποτελεί τη βάση για κάποιες πιο εξειδικευμένες τεχνικές. Σημαντικό πλεονέκτημα είναι πως κάθε υποκείμενο στο δείγμα επιλέχθηκε με την ίδια πιθανότητα όσο και κάποιο που τελικά δεν επιλέχθηκε.

Μπορεί σαν ιδέα, η τεχνική της απλής τυχαίας δειγματοληψίας να φαίνεται εύκολη αλλά αυτό είναι κάτι που δεν ισχύει πρακτικά. Αυτό συμβαίνει γιατί, στις περιπτώσεις που εφαρμόζεται η τεχνική αυτή, ο πληθυσμός είναι μεγάλος σε μέγεθος και η διαχείριση ενός μεγάλου πληθυσμού για να οδηγήσει σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα είναι πολύπλοκη (Lohr, 2019).

Κατά τη διαδικασία της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, λαμβάνουν χώρα δύο βασικές ενέργειες:

1. Σύσταση ενός καταλόγου με όλα τα υποκείμενα του πληθυσμού που αφορούν την έρευνα και αντιστοίχιση κάθε υποκειμένου με ένα αριθμό
2. Επιλογή, με τυχαίο τρόπο υποκειμένων, μέσα από τον κατάλογο που συστάθηκε στην προηγούμενη ενέργεια (Lohr, 2019).

Αντίστοιχα, στα πλαίσια της δειγματοληψίας για την παρούσα έρευνα, συστάθηκε ο κατάλογος με όλους τους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και του Κέντρου Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης και στη συνέχεια επιλέχθηκαν οι πρώτοι 100 τυχαίοι από τον κατάλογο για να συμμετάσχουν επίσημα στην παρούσα έρευνα.

Οι λόγοι που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας είναι παράλληλα και πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι:

1. Ο δίκαιος τρόπος με τον οποίο επιλέγονται τα υποκείμενα να συμμετάσχουν στην έρευνα και παράλληλα η εξασφάλιση της αμεροληψίας στην επιλογή του δείγματος από την τεχνική
2. Η πιθανότητα κάθε υποκείμενο του πληθυσμού να συμμετάσχει στην έρευνα όσο οποιοδήποτε άλλο
3. Η δυνατότητα επιλογής μέρους του πληθυσμού για την διεξαγωγή της έρευνας και όχι όλου του πληθυσμού
4. Δεν απαιτεί τεχνικές γνώσεις από τον ερευνητή παρά μόνο πρόσβαση στα στοιχεία του πληθυσμού
5. Δε χρειάζεται προηγούμενη γνώση σχετικά με τα στοιχεία του πληθυσμού
6. Εξασφαλίζει, αν εφαρμοστεί σωστά, ένα έγκυρο και αξιόπιστο δείγμα που οδηγεί σε αντιπροσωπευτικά και έγκυρα συμπεράσματα (Babbie, 2011).

4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και περιγραφή εργαλείου

Το βασικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για να συλλεχθούν τα δεδομένα στα πλαίσια της έρευνας επιλέχθηκε να είναι το ερωτηματολόγιο. Οι λόγοι που επιλέχθηκε αυτό το μέσο συλλογής δεδομένων, ταυτίζονται με τα πλεονεκτήματά του και είναι:

1. Η οικονομία που προσφέρει
2. Η ευκολία αποστολής και σε περιοχές που βρίσκονται μακριά από τον ερευνητή γεωγραφικά
3. Η εύκολη συμπλήρωση μιας και στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ωστόσο, στις περιπτώσεις

ερωτήσεων ανοιχτού τύπου τα υποκείμενα παροτρύνονται να απαντούν με συντομία

4. Η δυνατότητα χρήσης τυποποιημένων στατιστικών ελέγχων για τη διαχείριση των δεδομένων και κατ' επέκταση των αποτελεσμάτων
5. Οι απαντήσεις δεν επηρεάζονται από τον ερευνητή αφού δεν είναι παρών όταν τα υποκείμενα συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια
6. Δεν απαιτεί χρόνο για να προετοιμαστεί από τον ερευνητή (Τσιώλης, 2014).

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και για το λόγο αυτό αποτελείται από 4 μέρη, που θα προσεγγίσουν 4 διαφορετικούς άξονες.

Ο πρώτος άξονας αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στο τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις που σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, τη θέση εργασίας και άλλα στοιχεία του δείγματος. Συνολικά, εντοπίζονται 5 ερωτήσεις στον άξονα αυτό.

Ο δεύτερος άξονας του ερωτηματολογίου αφορά στοιχεία σχετικά με τις γνώσεις που έχουν οι εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και στο Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης για τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων. Στον άξονα αυτό συναντώνται 3 ομάδες ερωτήσεις και κάθε ομάδα αποτελείται από 5 υποερωτήσεις. Το σύνολο των υποερωτήσεων βασίζεται σε 7βαθμη κλίμακα Likert, η οποία ξεκινά από το 1 που αντιστοιχεί σε απόλυτα αρνητική απάντηση και καταλήγει στο 7 που αντιστοιχεί σε απόλυτα θετική. Η 7βαθμη κλίμακα Likert οδηγεί σε όμοια αποτελέσματα με την αντίστοιχη 5βαθμη, παρέχοντας ωστόσο περισσότερες επιλογές απαντήσεων στα υποκείμενα (Dawes, 2008).

Ο τρίτος άξονας του ερωτηματολογίου αφορά στοιχεία σχετικά με τις ανεπάρκειες που χαρακτηρίζουν το ΕΣΥ, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι εργάζονται στο Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και στο Κέντρο Υγείας Σταυρούπολη, καθώς και τα παράπονα που έχουν. Στον άξονα αυτό συναντώνται 14 ερωτήσεις συνολικά. Οι 12 ερωτήσεις κινούνται σε όμοια λογική με τις ερωτήσεις του προηγούμενου άξονα και βασίζονται σε μια 7βαθμη κλίμακα

Likert. Και πάλι η κλίμακα ξεκινά από το 1 (απόλυτα αρνητική απάντηση) και καταλήγει στο 7 (απόλυτα θετική απάντηση). Επίσης, ο άξονας περιλαμβάνει και μια ερώτηση κλειστού τύπου με απάντηση είτε ναι είτε όχι αλλά και μία ανοιχτού τύπου.

Ο τέταρτος και τελευταίος άξονας του ερωτηματολογίου αφορά στοιχεία που μπορούν να διαμορφώσουν θετικότερες προοπτικές για την μελλοντική πορεία του ΕΣΥ στην Ελλάδα και προτάσεις βελτίωσης του συστήματος γενικότερα από τους εργαζόμενους στο Ο άξονας αυτό βασίζεται σε 1 ερώτηση η οποία είναι ανοιχτού τύπου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτοσχέδιο και αποτελεί δημιουργία της ερευνήτριας. Για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εκτελέστηκε έλεγχος εσωτερικής συνέπειας των ερωτήσεων μέσω του δείκτη alphatou Cronbach. Ο δείκτης έλαβε την τιμή 0,875 και εφόσον όπως ορίζει ο δημιουργός του ελέγχου η τιμή υπερβαίνει το 0,7 οι ερωτήσεις χαρακτηρίζονται από ικανοποιητική συνάφεια και αντίστοιχα το ερωτηματολόγιο από ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach, 1951). Η πολιτισμική προσαρμογή δεν ήταν απαραίτητη καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσχέδιο και δεν υιοθετήθηκε ως μετάφραση κάποιου ήδη υπάρχοντος σε άλλη γλώσσα. Ωστόσο, αρχικά δόθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα 10 ατόμων για να αναδειχθούν τυχών προβλήματα που σχετίζονταν με τις ερωτήσεις ή τη δομή του ερωτηματολογίου.

4.7 Διαδικασία έρευνας

Η πρώτη ενέργεια που σχετίστηκε με έρευνα ήταν ο σχεδιασμός του ερευνητικού εργαλείου. Στη συνέχεια συντάχθηκε ο κατάλογος των εργαζομένων στο Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και στο Κέντρο Υγείας Σταυρούπολη, αριθμήθηκαν οι υπάλληλοι και επιλέχθηκε τυχαία το στατιστικό δείγμα μέσα από τον κατάλογο που είχε συνταχθεί.

Έπειτα, ξεκίνησε ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων στο δείγμα από την ερευνήτρια. Κατά το διαμοιρασμό κάθε συμμετέχων ενημερωνόταν πλήρως για όλα τα στοιχεία της έρευνας όπως ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, ενημερωνόταν επίσης για τα δικαιώματα που έχει, ως συμμετέχων κάθε έρευνας, τα οποία σχετίζονται με τα προσωπικά του δεδομένα και τα δεδομένα των απαντήσεών του, τα οποία ήταν αποκλειστικά διαθέσιμα για επεξεργασία από την ερευνήτρια και στα πλαίσια της έρευνας. Ανάμεσα στα δικαιώματα των συμμετεχόντων ήταν και η

επιλογή της αποχώρησης από την έρευνα και της απόσυρσης των απαντήσεων οποιαδήποτε στιγμή. Τέλος, τα υποκείμενα ενημερώνονταν πως δε θα υποστούν κανένα σωματικό ή ψυχικό τραυματισμό και πως η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική.

Έπειτα από την ενημέρωση των υποκειμένων, σειρά είχε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η ολοκλήρωση της οποίας σήμαινε και το τέλος της φάσης αυτής της έρευνας και την κοινοποίηση ευχαριστήριου μηνύματος από την ερευνήτριας προς τα υποκείμενα. Στη συνέχεια η φάση της ανάλυσης.

4.8 Διαδικασία ανάλυσης

Το πρώτο βήμα της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας ήταν η κωδικοποίησή τους. Το βήμα αυτό είναι απαραίτητο για να μπορέσει κανείς να τα εκμεταλλευτεί στατιστικά. Για παράδειγμα η απάντηση «Ναι» σε κάποιο ερώτημα, κωδικοποιήθηκε στην τιμή «1» και η απάντηση «Όχι» στην τιμή 2.

Η ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε περιγραφικές μεθόδους στατιστικής ανάλυσης μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), v.25. Η ανάλυση, βασίστηκε στο σχολιασμό πινάκων και εικόνων που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση και με βάση περιγραφικά στατιστικά μέτρα όπως οι συχνότητες και τα ποσοστά.

4.9 Ηθική έρευνας

Η ηθική έρευνα θα πρέπει να συμβαδίζει στενά με τα πλαίσια αυτής και θα πρέπει να σέβεται τα υποκείμενα. Μια ηθική έρευνα συνεισφέρει σημαντικά τόσο στην εγκυρότητα αυτής όσο και στην αξιοπιστία. Η ηθική της έρευνας θα πρέπει να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη από όλους τους ερευνητές και να παίζει πρωτεύοντα ρόλο στο σχεδιασμό και την εκτέλεσή της (Stern & Elliott, D, 1997).

Μια ηθική έρευνα θα πρέπει να εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά, είτε αυτή είτε ο ερευνητής:

1. Ειλικρίνεια
2. Σύνεση
3. Νομιμότητα
4. Σεβασμό υποκειμένων

5. Σεβασμό προσωπικών δεδομένων
6. Σωστή διαχείριση
7. Υπεύθυνη δημοσίευση των αποτελεσμάτων

Με γνώμονα τα χαρακτηριστικά αυτά, η ερευνήτρια σχεδίασε και ξεκίνησε τη διαδικασία της έρευνας σε συνεννόηση με τον επιβλέποντα καθηγητή από τον οποίο πήρε και τις απαραίτητες εγκρίσεις.

Σε σχέση με το δείγμα, αξίζει να αναφερθεί πως εξασφαλίστηκε η εθελοντική τους συμμετοχή η οποία επικυρώθηκε με την επίσημη ενημέρωση της ερευνήτριας για το τι θα ακολουθήσει όταν μοιράζονταν τα ερωτηματολόγια. Η ενημέρωση αφορούσε όλα τα στοιχεία της ερευνητικής διαδικασίας για την πλήρη ενημέρωση του δείγματος. Ακόμα, τα υποκείμενα είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν όποια στιγμή επιθυμούσαν και να αποσύρουν τις απαντήσεις τους. Επίσης, τα προσωπικά τους δεδομένα διαχειριζόντουσαν αποκλειστικά από την ερευνήτρια και με σεβασμό, αποκλειστικά στα πλαίσια της έρευνας.

4.10 Δυσκολίες έρευνες

Κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας, αντιμετωπίστηκαν ορισμένες δυσκολίες οι οποίες κατά κύριο λόγο σχετίζονταν με τις διαδικασίες αδειοδότησης της έρευνας ώστε να διανεμηθεί στους υγειονομικούς οργανισμούς το εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Πιο συγκεκριμένα, η διανομή του ερωτηματολογίου στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» έγινε μετά από την αίτηση για ειδική άδεια καταθέτοντας βεβαιώσεις σπουδών, αίτηση για άδεια διενέργειας έρευνας και ερευνητικό πρωτόκολλο. Η διαδικασία αυτή τόσο για την προετοιμασία των απαραίτητων εγγράφων αλλά και για την τελική έγκριση ήταν χρονοβόρα και απαιτούσε από την ερευνήτρια πόρους και χρόνο. Επιπλέον, η διαδικασία της έγκρισης ενέπλεκε τόσο την επιστημονική ομάδα του νοσοκομείου αλλά και το διοικητικό συμβούλιο.

Σχετικά με το Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης η αδειοδότηση της διεξαγωγής της έρευνας εκεί και ο διαμοιρασμός του εργαλείου δεδομένων, απαιτούσε την σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή.

4.11 Ερευνητικά ερωτήματα

Προκειμένου να εκπληρωθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι και ο βασικός σκοπός της έρευνας, στοιχεία που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο, διατυπώνονται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία θα αποτελέσουν την κατεύθυνση της έρευνας:

1. Σε τι βαθμό οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου γνωρίζουν τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο ΕΣΥ κατά την τελευταία δεκαετία της οικονομικής κρίσης;
2. Ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που θεωρούν ότι έχουν επιφέρει οι μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ;
3. Ποιες είναι οι προτάσεις και οι μεταρρυθμίσεις που πιστεύουν ότι θα πρέπει να γίνουν, ώστε να δημιουργηθούν προοπτικές βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΕΣΥ;

Κεφάλαιο 5

5.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

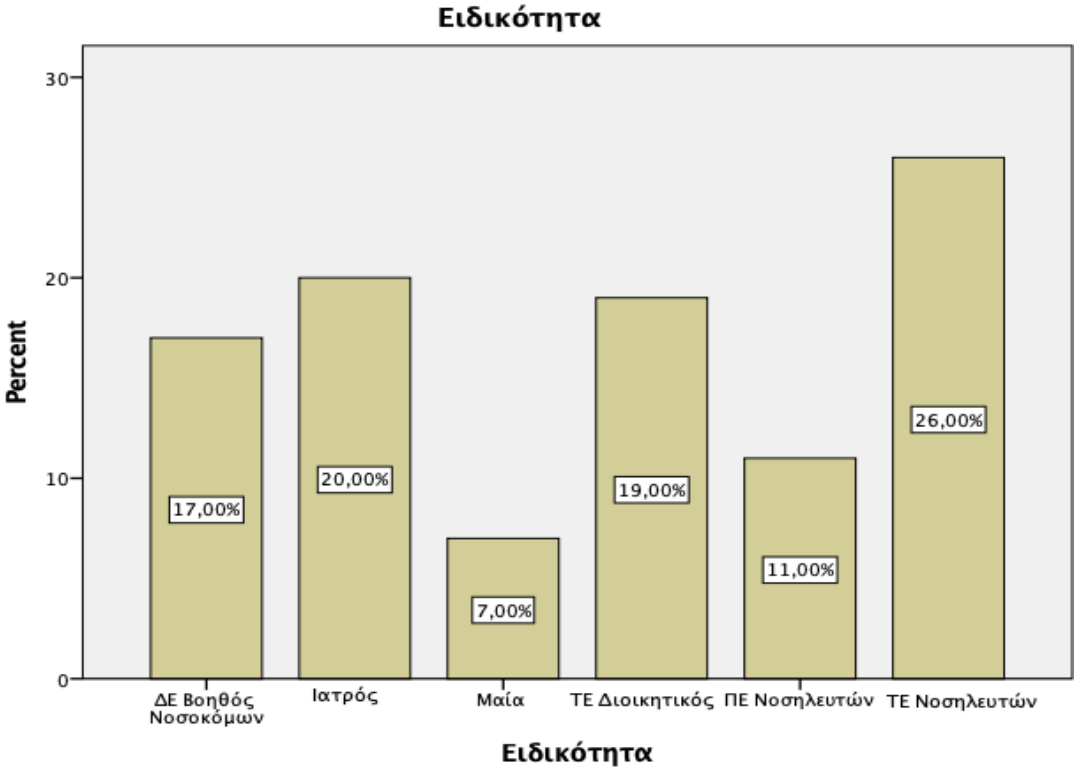
5.1.1 Δημογραφικά

Αρχικά γίνεται η περιγραφή του δείγματος. Από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως το δείγμα αποτελείται από 50 άνδρες και 50 γυναίκες, η ηλικία των οποίων ξεκινά από τα 30 έτη, φτάνει τα 59 και διαμορφώνει μέση τιμή τα 43 έτη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι και απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, 80 συμμετέχοντες προέρχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής και 20 από το Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης.

Πίνακας 1: Κατανομή δημογραφικών χαρακτηριστικών

Φύλο	50 άνδρες, 50 γυναίκες
Ηλικία	Ελάχιστη: 30, μέγιστη: 59, Μέση τιμή: 43,03, τυπική απόκλιση: 6,504
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η: 55, άγαμος/η: 18, χήρος/α: 4, Διαζευγμένος/η: 23
Μορφωτικό επίπεδο	Λύκειο: 14, τριτοβάθμια: 62, μεταπτυχιακό: 22, Διδακτορικό: 2
Τόπος εργασίας	Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής: 80, Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης: 20
Σύνολο συμμετεχόντων:	100

Στη συνέχεια αναλύεται η ειδικότητα των συμμετεχόντων του δείγματος. Από το Σχήμα 1, συμπεραίνεται πως το 26% του δείγματος ανήκει στην ειδικότητα ΤΕ Νοσηλευτών. Ωστόσο, πολύ κοντά με ποσοστό 20% βρίσκονται οι Ιατροί, με 19% οι ΤΕ Διοικητικοί και με 17% οι ΔΕ Βοηθοί Νοσοκόμων.



Σχήμα1: Κατανομή ειδικοτήτων

5.1.2 Αξιολόγηση μεταρρυθμίσεων

Προχωρώντας το δείγμα κλήθηκε να αξιολογήσει 5 μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ οι οποίες ήταν: η σύσταση του ΕΟΠΠΥ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά, ο οικογενειακός ιατρός – τοπικές μονάδες υγείας και ο νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 2 οι αξιολογήσεις των μεταρρυθμίσεων κινούνται σε μέτρια έως πολύ θετικά επίπεδα. Πιο αναλυτικά, σχετικά με τη σύσταση του ΕΟΠΠΥ το 62% του δείγματος δείχνει θετική στάση.

Θετικότερη στάση προκύπτει για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση με το δείγμα να δείχνει θετική στάση σε ποσοστό 80%.

Η μεταρρύθμιση σχετικά με τη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά αντιμετωπίζεται και αυτή θετικά αφού το δείγμα φανερώνει θετική στάση σε ποσοστό 51%.Ωστόσο, ένας στους 4 συμμετέχοντες εκφράζει είτε μέτρια είτε και αρνητική στάση ως προς τη μεταρρύθμιση αυτή.

Μέτρια προς θετική στάση φανερώνεται για τον οικογενειακό ιατρό και τις τοπικές μονάδες υγείας εφόσον το 26% του δείγματος φανερώνει μέτρια στάση προς τη μεταρρύθμιση αυτή και το 59% φανερώνει θετική στάση.

Τέλος, η μεταρρύθμιση για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού αντιμετωπίζεται επίσης θετικά. Αυτό προκύπτει από το ότι το 67% του δείγματος αντιμετωπίζει θετικά τη μεταρρύθμιση αυτή.

Πίνακας 2: Κατανομή στάσης συμμετεχόντων ως προς τις μεταρρυθμίσεις

Αξιολογήστε τις παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ	Αρνητική στάση	Μέτρια στάση	Θετική στάση
Σύσταση ΕΟΠΥΥ	16,0%	22,0%	62,0%
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	11,0%	9,0%	80,0%
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά	25,0%	24,0%	51,0%
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικές μονάδες υγείας	15,0%	26,0%	59,0%
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού	10,0%	23,0%	67,0%

5.1.3 Γνώσεις μεταρρυθμίσεων

Έπειτα οι συμμετέχοντες στην ερώτηση σχετικά με τις γνώσεις που έχουν σε σχέση με τις μεταρρυθμίσεις του ΕΟΠΠΥ. Οι γνώσεις των συμμετεχόντων για τις μεταρρυθμίσεις, σύμφωνα με τον Πίνακα 3 κινούνται κυρίως σε μέτρια και θετικά επίπεδα. Πιο αναλυτικά, σχετικά με τη σύσταση του ΕΟΠΠΥ το 65% του δείγματος δηλώνει καλή γνώση.

Καλύτερες γνώσεις δηλώνει το δείγμα για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση αφού δηλώνει καλή γνώση σε ποσοστό 75%.

Για τη μεταρρύθμιση σχετικά με τη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά είναι επίσης ενημερωμένο το δείγμα αφού το 77% αυτού δηλώνει καλή γνώση.

Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και για την μεταρρύθμιση του οικογενειακού γιατρού αφού το δείγμα δηλώνει σε ποσοστό 80% καλή γνώση σχετικά με τη μεταρρύθμιση αυτή.

Τέλος, για τη μεταρρύθμιση της κάλυψης του ανασφάλιστου πληθυσμού το δείγμα δηλώνει καλή γνώση σε ποσοστό 86%.

Πίνακας 3: Κατανομή γνώσεων συμμετεχόντων ως προς τις μεταρρυθμίσεις

Σημειώστε το βαθμό που γνωρίζετε τις παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ	Κακή γνώση	Μέτρια γνώση	Καλή γνώση
Σύσταση ΕΟΠΥΥ	6,0%	29,0%	65,0%
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	6,0%	19,0%	75,0%
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά	6,0%	17,0%	77,0%
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικές μονάδες υγείας	6,0%	14,0%	80,0%
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού	6,0%	8,0%	86,0%

5.1.4 Αποτελέσματα μεταρρυθμίσεων

Στη συνέχεια το δείγμα κλήθηκε να αξιολογήσει τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων και αν αυτά ήταν τα προσδοκόμενα. Οι αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων των μεταρρυθμίσεων, σύμφωνα με τον Πίνακα 4 κινούνται σε μέτρια και αρνητικά κυρίως επίπεδα. Πιο αναλυτικά, σχετικά με τη σύσταση του ΕΟΠΠΥ το 53% του δείγματος δείχνει αρνητική στάση.

Θετικότερη στάση προκύπτει για τα αποτελέσματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το δείγμα να δείχνει θετική στάση σε ποσοστό 46% και μέτρια στάση σε ποσοστό 38%.

Τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης σχετικά με τη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά αντιμετωπίζονται αρνητικά αφού το δείγμα φανερώνει αρνητική στάση σε ποσοστό 76%.

Αρνητική στάση φανερώνεται και για τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης του οικογενειακού ιατρού και των τοπικών μονάδων υγείας εφόσον το 61% του δείγματος φανερώνει αρνητική στάση προς τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης αυτής.

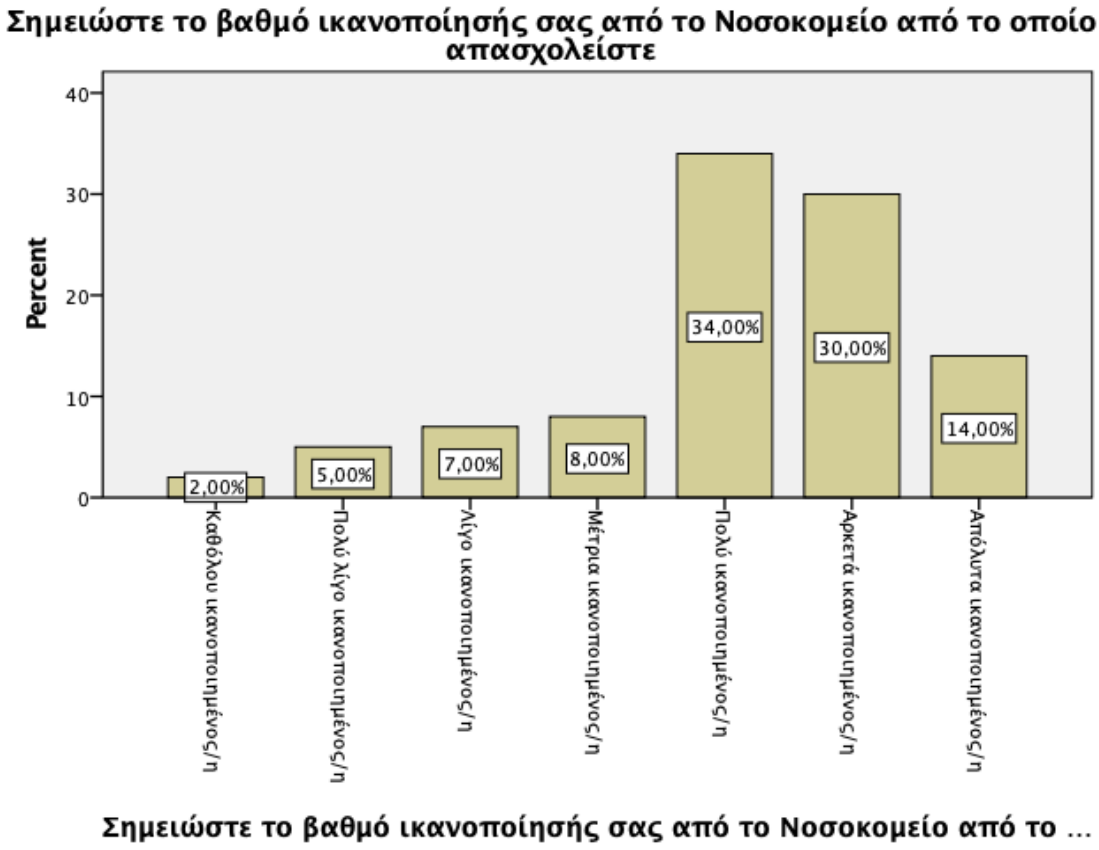
Τέλος, τα αποτελέσματα για τη μεταρρύθμιση για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού αντιμετωπίζονται πιο θετικά. Αυτό προκύπτει από το ότι το 31% του δείγματος αντιμετωπίζει με μέτρια στάση τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης αυτής και το 44% με θετική.

Πίνακας 4: Κατανομή στάσης συμμετεχόντων ως προς τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων

Οι παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ έφεραν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα;	Αρνητική στάση	Μέτρια στάση	Θετική στάση
Σύσταση ΕΟΠΥΥ	53,0%	23,0%	24,0%
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	26,0%	38,0%	46,0%
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά	76,0%	21,0%	3,0%
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικές μονάδες υγείας	61,0%	21,0%	18,0%
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού	25,0%	31,0%	44,0%

5.1.5 Βαθμός ικανοποίησης από τόπο εργασίας

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να σημειώσουν το βαθμό ικανοποίησης από τον τόπο εργασίας στον οποίο εργάζονται. Το Σχήμα 2 μαρτυρά πως τα επίπεδα ικανοποίησης κινούνται σε θετικά επίπεδα για το μεγαλύτερο τμήμα των συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα, το 34% των συμμετεχόντων είναι πολύ ικανοποιημένο, το 30% είναι αρκετά ικανοποιημένο και το 14% είναι απόλυτα ικανοποιημένο.



Σχήμα2: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης

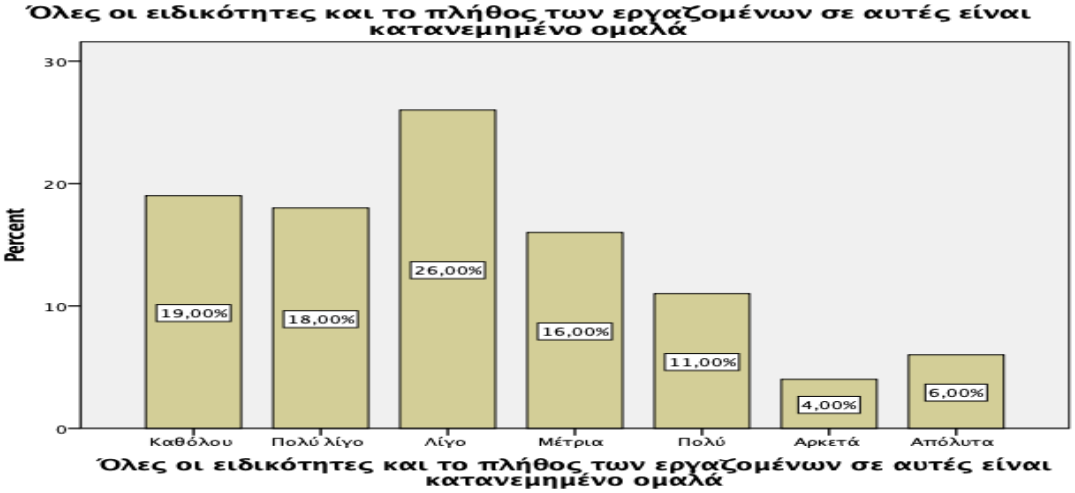
5.1.6 Επάρκεια προσωπικού

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τη στάση του δείγματος απέναντι στην επάρκεια του προσωπικού. Σχετικά με το θέμα αυτό(ως προς τον αριθμό αυτού), οι απόψεις είναι τόσο θετικές όσο και αρνητικές με μια τάση προς τις αρνητικές σύμφωνα με το Σχήμα 3. Αναλυτικότερα, το 60% του δείγματος φανερώνει αρνητική στάση απέναντι στην επάρκεια του προσωπικού. Μέτρια στάση κρατά το 14% του δείγματος ενώ το 26% θετική.

Σχήμα3: Κατανομή επάρκειας προσωπικού

5.1.7 Κατανομή ειδικοτήτων και πλήθους εργαζομένων

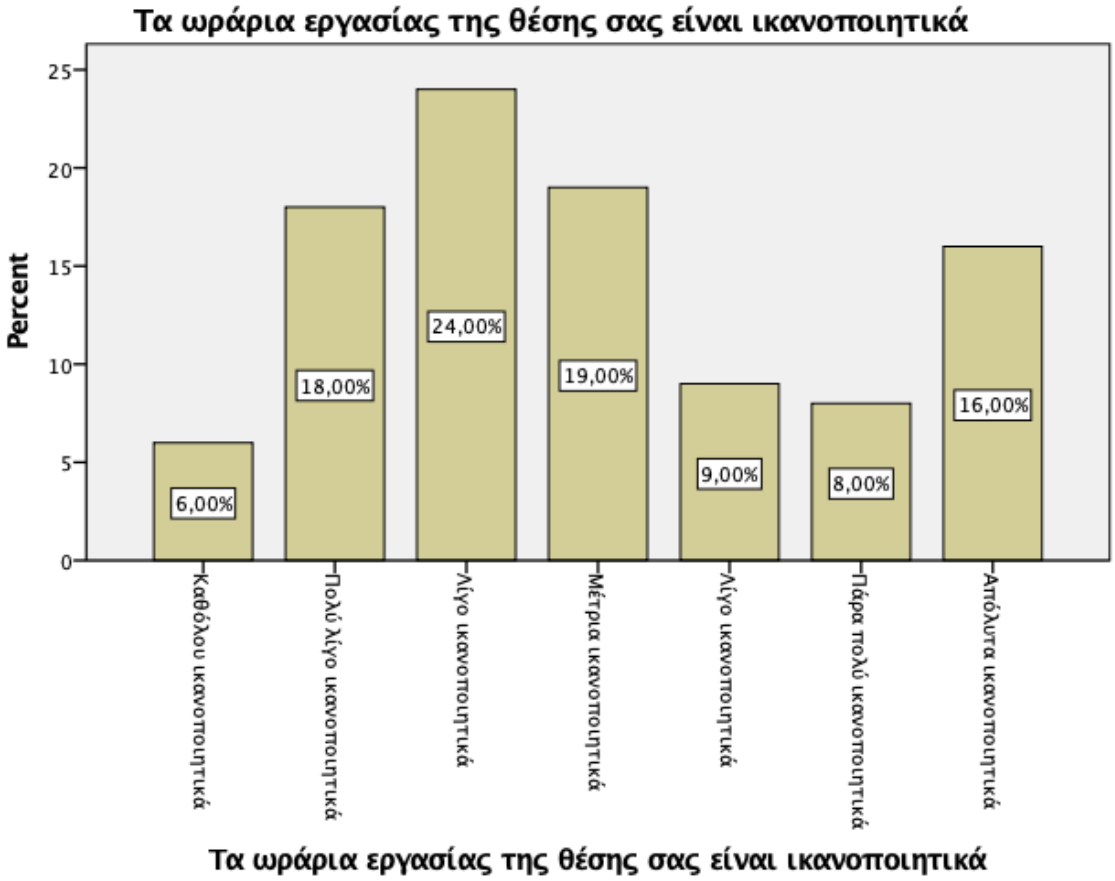
Επίσης στο δείγμα τέθηκε ερώτηση σχετικά με την ομαλή κατανομή των ειδικοτήτων και του πλήθους των εργαζομένων. Η ομαλή κατανομή αναφέρεται στη κατανομή ειδικοτήτων και πλήθους εργαζομένων σε όλα τα τμήματα και τις ειδικότητες, έτσι ώστε να μην υπάρχουν κενά και να λειτουργούν ομαλά όλες οι υπηρεσίες. Το Σχήμα 4 δείχνει πως το 19% του δείγματος δηλώνει κάκιστη κατανομή, το 18% δηλώνει πολύ κακή κατανομή και το 26% κακή κατανομή. Ωστόσο, το 16% του δείγματος υποστηρίζει τη μέτρια κατανομή. Η θετική στάση από την κατανομή υποστηρίζεται μόνο από το 21% του δείγματος.



Σχήμα4: Κατανομή ειδικοτήτων και πλήθους εργαζομένων

5.1.8 Στάση απέναντι στα ωράρια εργασίας

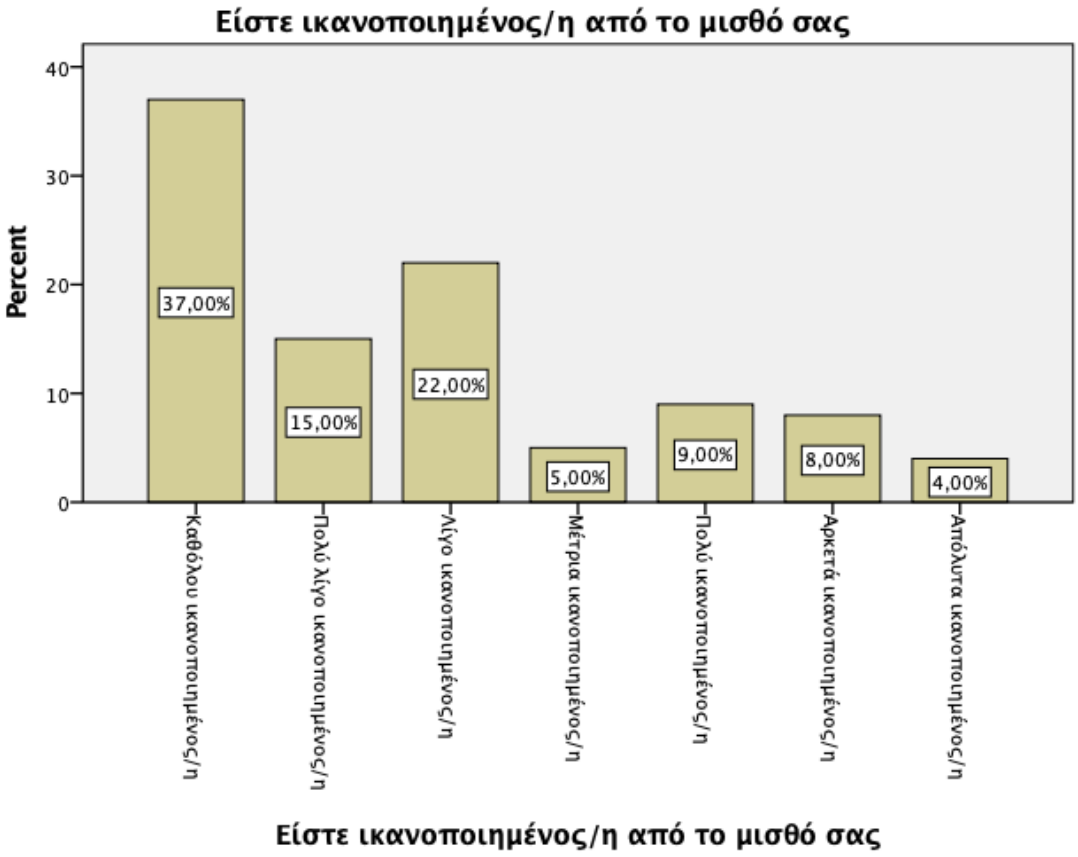
Η ικανοποίηση από τα ωράρια εργασίας ήταν το θέμα της επόμενης ερώτησης που κλήθηκε να απαντήσει το δείγμα. Οι απόψεις, λοιπόν, για τα ωράρια εργασίας είναι και πάλι διχασμένες. Το Σχήμα 5, δείχνει πως από τη μία το 42% του δείγματος είναι λίγο ή πολύ λίγο ικανοποιημένο από τα ωράρια εργασίας. Επίσης, το 19% είναι μέτρια ικανοποιημένο. Τέλος, θετικά επίπεδα ικανοποίησης αντιστοιχούν στο 33% του δείγματος συνολικά.



Σχήμα5: Κατανομή ικανοποίησης ωραρίων εργασίας

5.1.9 Ικανοποίηση από μισθό

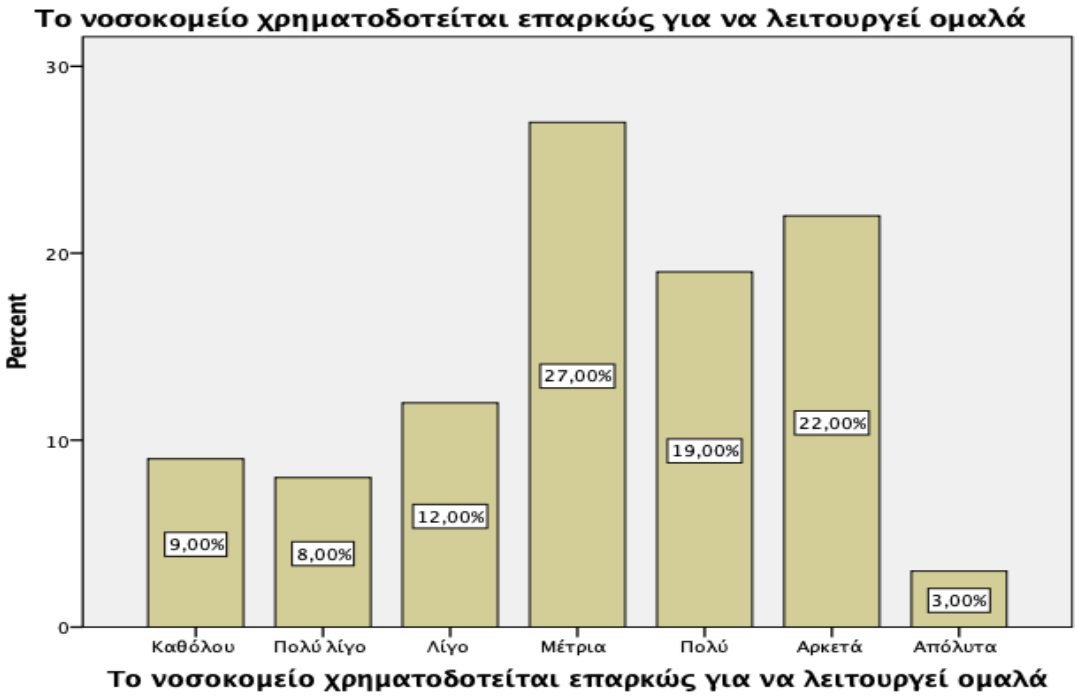
Στη συνέχεια, ακολούθησε η ερώτηση με θέμα την ικανοποίηση από το μισθό. Τα επίπεδα ικανοποίησης είναι διαφορετικά με τα μέχρι τώρα επίπεδα. Αυτό γιατί σύμφωνα με το Σχήμα 6, πάνω από το 70% του δείγματος συνολικά αντιστοιχεί σε αρνητικά επίπεδα ικανοποίησης. Επιπροσθέτως, μόλις το 21% του δείγματος αντιστοιχεί σε θετικά επίπεδα ικανοποίησης.



Σχήμα6: Κατανομή ικανοποίησης από το μισθό

5.1.10 Χρηματοδότηση τόπου εργασίας

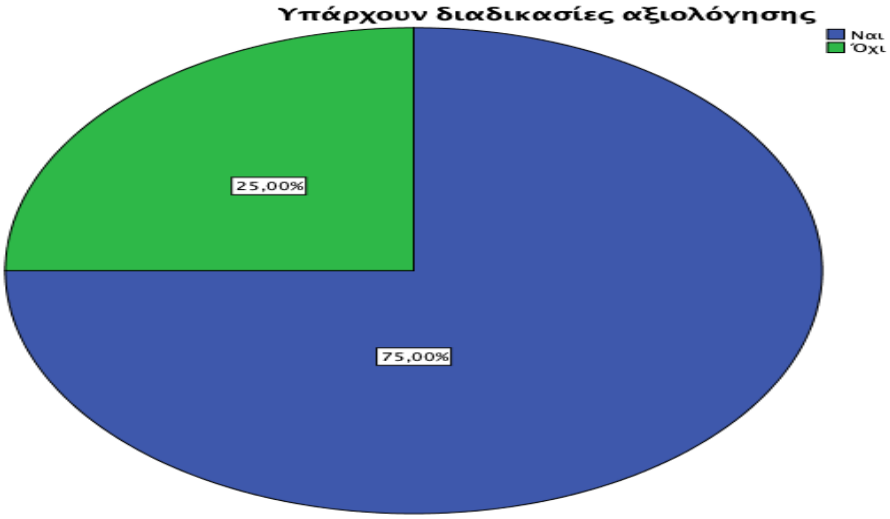
Έπειτα, το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει σχετικά με το πόσο επαρκώς χρηματοδοτείται ο τόπος εργασίας του. Το Σχήμα 7 δείχνει πως το δείγμα πιστεύει στην πλειοψηφία του, που αντιστοιχεί στο 27%, πως η δομή στην οποία εργάζεται είναι μέτρια χρηματοδοτημένη ώστε να λειτουργεί ομαλά. Ωστόσο, τα θετικά επίπεδα χρηματοδότησης σύμφωνα με τις απόψεις το δείγματος αντιστοιχούν στο 44% αυτού. Τέλος, παρατηρείται και ένα ποσοστό στο 29% του δείγματος που δηλώνει αρνητικά επίπεδα επαρκούς χρηματοδότησης.



Σχήμα7: Κατανομή επαρκούς χρηματοδότησης

5.1.11 Διαδικασία αξιολόγησης

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την ύπαρξη ή μη διαδικασιών αξιολόγησης. Μια σημαντική διαδικασία σε όλες τις δομές εργασίας, είναι η διαδικασία αξιολόγησης. Στη σχετική ερώτηση, το δείγμα σε ποσοστό 75% σύμφωνα με το Σχήμα 8, δήλωσε πως υπάρχουν διαδικασίες αξιολόγησης. Ωστόσο, το 25% του δείγματος υποστήριξε πως δεν υπάρχουν τέτοιες διαδικασίες.



Σχήμα8: Κατανομή διαδικασιών αξιολόγησης

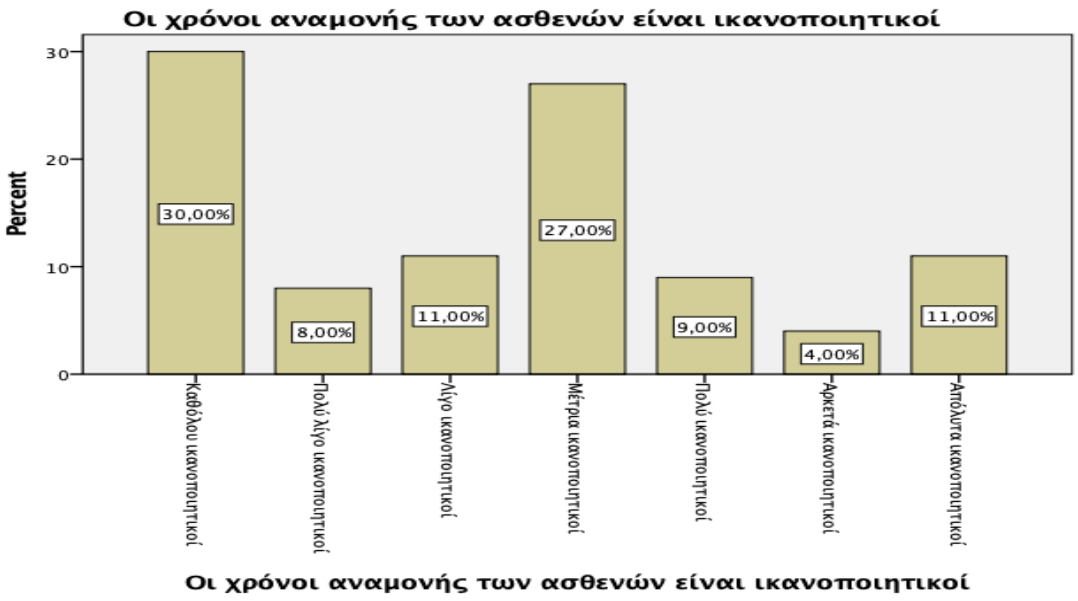
5.1.12Λειτουργία διαγνωστικών εργαστηρίων

Στη συνέχεια, ακολουθούσε η ερώτηση για το πόσο ομαλά λειτουργούσαν τα διαγνωστικά εργαστήρια. Το Σχήμα 9 φανερώνει πως το 42% του δείγματος (N = 42) δήλωσε μέτρια ομαλή λειτουργία των διαγνωστικών εργαστηρίων. Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως το 32% του δείγματος (N = 32) δήλωσε πολύ ομαλή ή αρκετά ομαλή λειτουργία.

Σχήμα9: Κατανομή ομαλής λειτουργίας διαγνωστικών εργαστηρίων

5.1.13 Χρόνοι αναμονής ασθενών

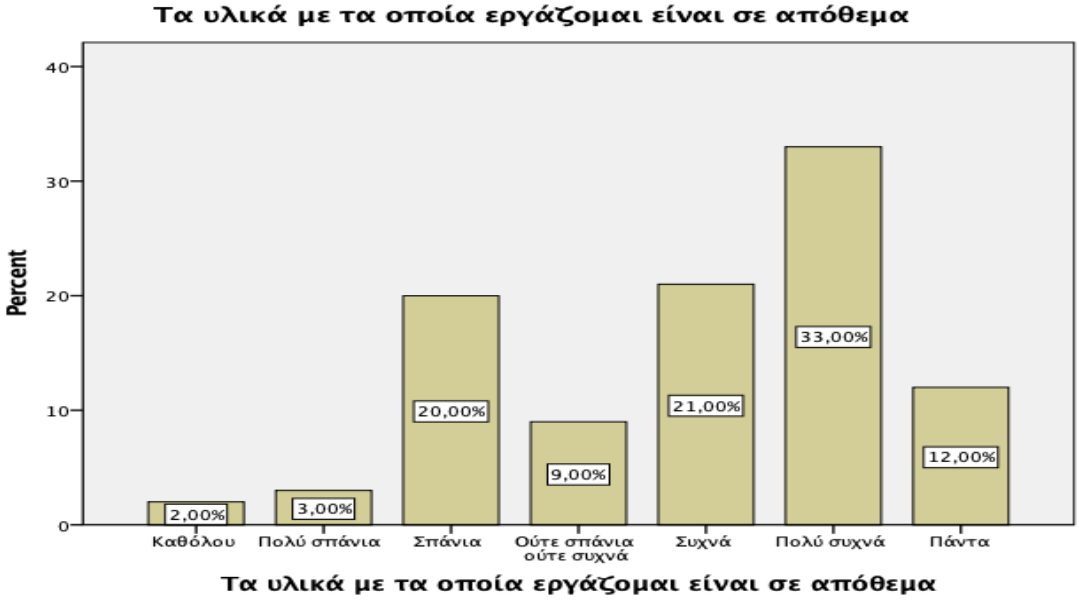
Έπειτα, τέθηκε το ερώτημα των χρόνων αναμονής των ασθενών και κατά πόσο οι χρόνοι αυτοί είναι ικανοποιητικοί. Από το Σχήμα 10, προκύπτει πως οι κύριες τάσεις του δείγματος κινούνται σε μέτρια ικανοποιητικά επίπεδα αλλά και αρνητικά. Πιο αναλυτικά, το 30% του δείγματος (N = 30) δήλωσε πως οι χρόνοι αναμονής των ασθενών δεν είναι καθόλου ικανοποιητικοί και το 27% δήλωσε πως οι χρόνοι αναμονής των ασθενών είναι μέτρια ικανοποιητικοί.



Σχήμα10: Κατανομή ικανοποίησης χρόνων αναμονής ασθενών

5.1.14 Απόθεμα υλικών

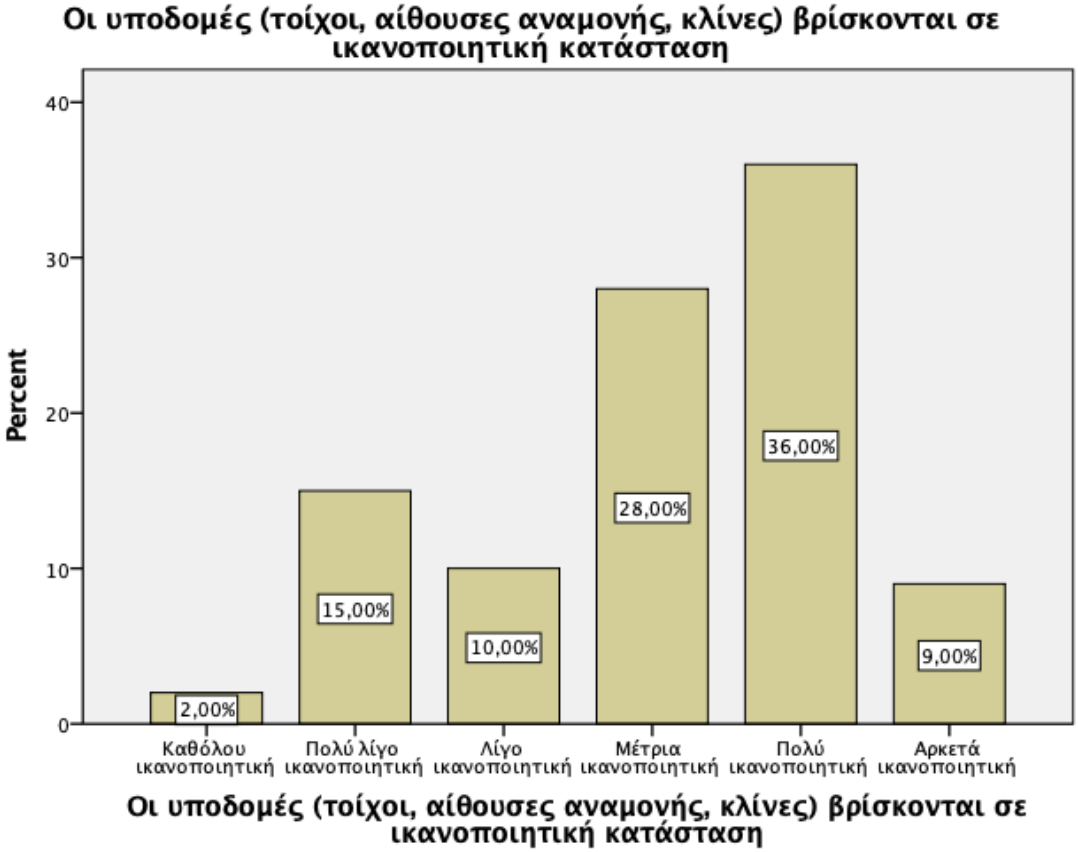
Η ανάλυση συνεχίζεται με την ερώτηση σχετικά απόθεμα των υλικών στους τόπους εργασίας των συμμετεχόντων και κατά πόσο συχνά είναι σε απόθεμα. Σύμφωνα με το Σχήμα 11, για την πλειοψηφία του δείγματος που φτάνει το 54% αυτού τα υλικά είναι είτε συχνά είτε πολύ συχνά σε απόθεμα. Παρόλα αυτά, παρατηρείται τμήμα του δείγματος, που αντιστοιχεί στο 20% αυτού (N = 20), το οποίο δήλωσε πως τα υλικά είναι σπάνια σε απόθεμα.



Σχήμα11: Κατανομή αποθέματος αναλώσιμων

5.1.15 Κατάσταση υποδομών

Η κατάσταση των υποδομών εξετάζεται στη συνέχεια της ανάλυσης υπό την οπτική των συμμετεχόντων ως προς το κατά πόσο ικανοποιητική είναι. Σύμφωνα με το Σχήμα 12, προκύπτει πως για το 45% του δείγματος, η κατάσταση των υποδομών είναι πολύ έως αρκετά ικανοποιητική. Παρόλα αυτά, το 28% δήλωσε μέτρια ικανοποιητική κατάσταση των υποδομών. Στην αντίθετη πλευρά, τίθεται το 25% του δείγματος συνολικά που δήλωσε λίγο ή πολύ λίγο ικανοποιητική κατάσταση των υποδομών.

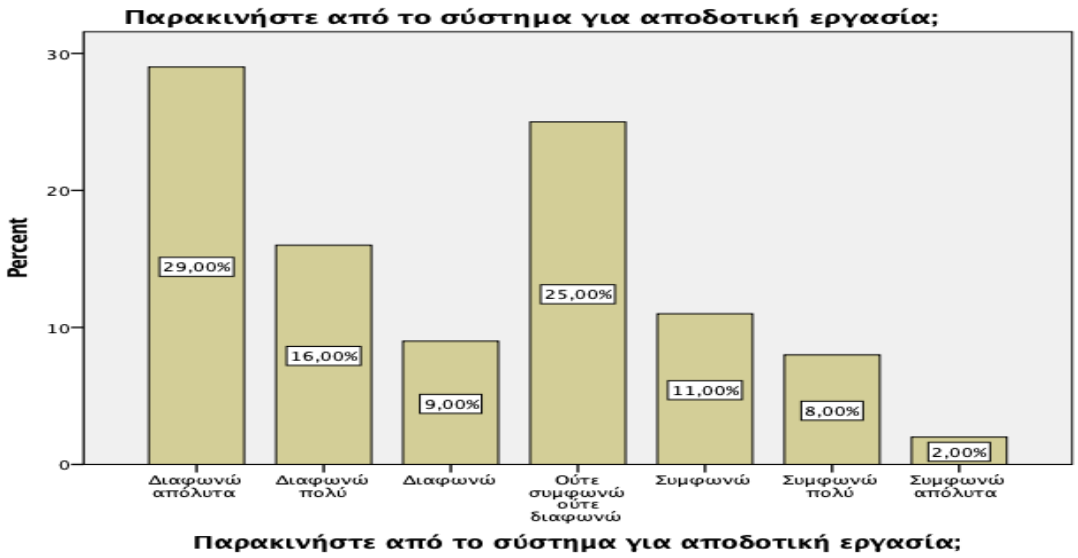


Σχήμα12: Κατανομή κατάστασης υποδομών

5.1.16 Παρακίνηση για αποδοτική εργασία

Η ύπαρξη παρακίνησης από το σύστημα για αποδοτική εργασία είναι το ζήτημα για το οποίο εξετάστηκε η άποψη του δείγματος στη συνέχεια της ανάλυσης. Από το Σχήμα 13, συμπεραίνεται πως το 54% του δείγματος συνολικά δήλωσε πως διαφωνεί ή διαφωνεί πολύ ή διαφωνεί απόλυτα με το ότι παρακινείται από το σύστημα για αποδοτική εργασία. Επίσης, το 25% δήλωσε μέτρια παρακίνηση. Στις

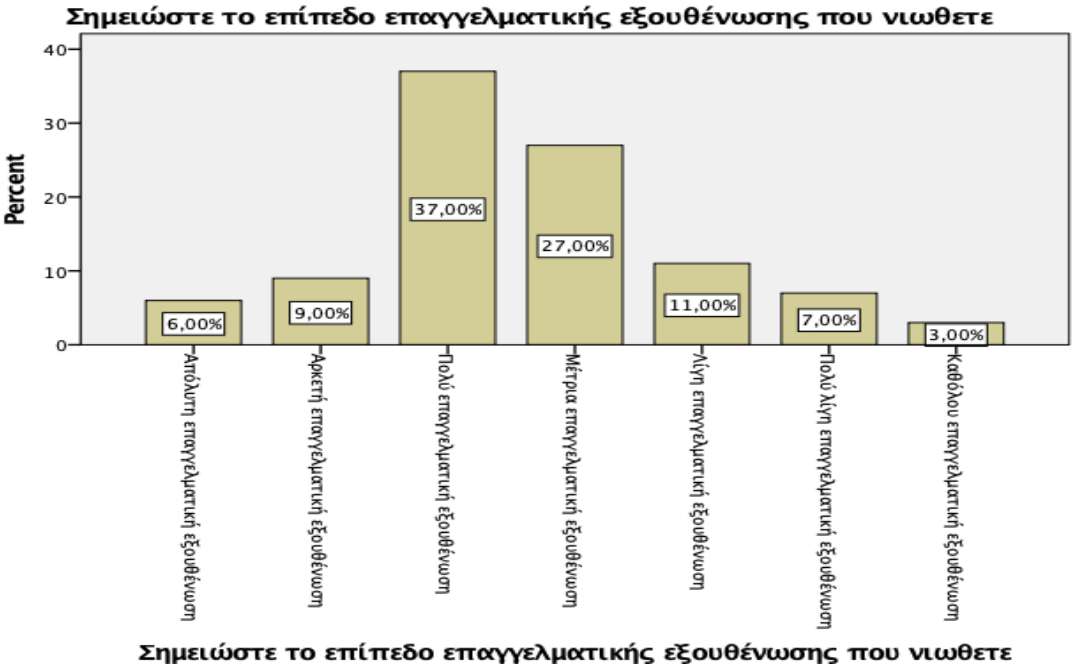
θετικές στάσεις απέναντι στην παρακίνηση για αποδοτική εργασία αντιστοιχήθηκε το 21% του δείγματος συνολικά.



Σχήμα13: Κατανομή δείγματος ως προς την παρακίνησή του

5.1.17 Επαγγελματική εξουθένωση

Λίγο πριν το τέλος του ερωτηματολογίου τέθηκε η ερώτηση σχετικά με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος. Ως προς το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης, το δείγμα φανερώνει κυρίως μέτρια και θετικά επίπεδα σύμφωνα με το Σχήμα 14. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την επόμενη εικόνα, το 27% του δείγματος δήλωσε μέτρια επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, το 37% του δείγματος δήλωσε πολύ επαγγελματική εξουθένωση.



Σχήμα14: Κατανομή δείγματος ως προς την επαγγελματική εξουθένωσή του

Στη συνέχεια της ανάλυσης ακολουθούν δύο τελευταίες ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Η πρώτη αφορά προβλήματα και ανεπάρκειες του ΕΣΥ που δεν αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο και θα ήθελαν οι συμμετέχοντες να σημειώσουν και η δεύτερη αφορά προτάσεις βελτίωσης.

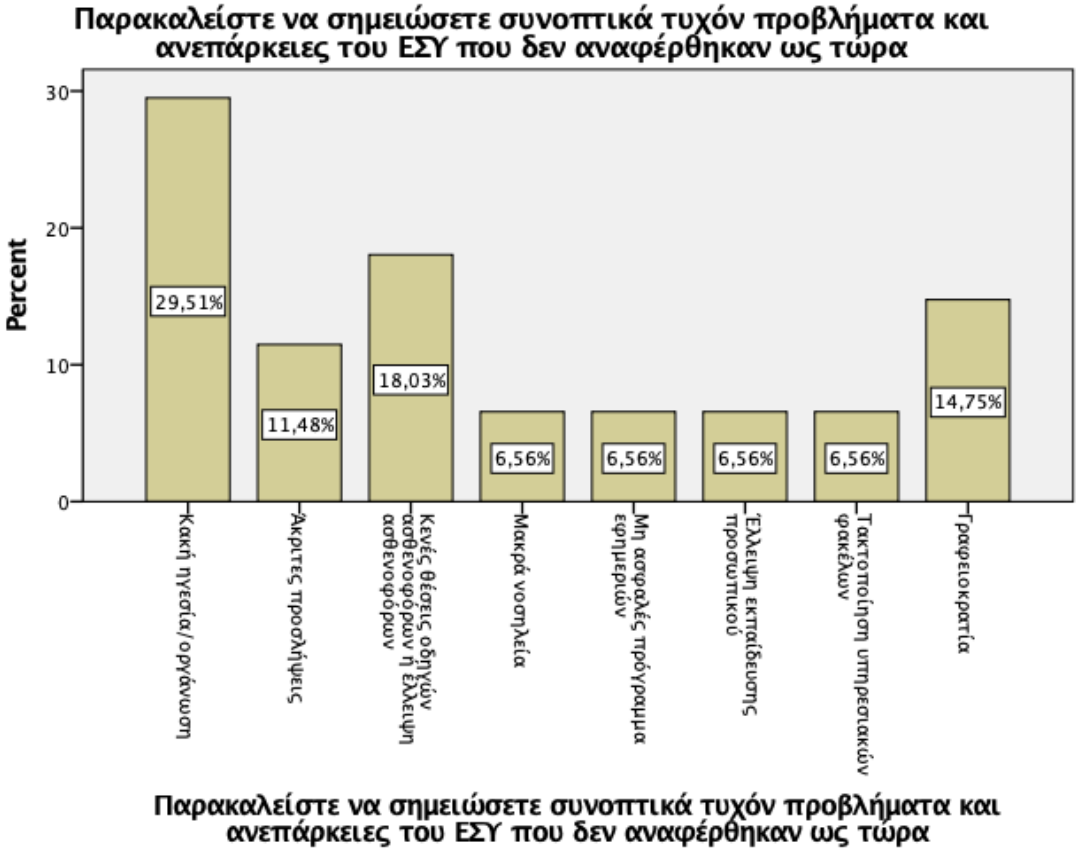
5.1.18 Κατανομή προβλημάτων ΕΣΥ

Στη πρώτη ερώτηση το δείγμα σημείωσε προβλήματα και ανεπάρκειες που ήδη έχουν ήδη αναφερθεί αλλά και προβλήματα και ανεπάρκειες που δεν έχουν αναφερθεί. Προβλήματα που ανέφερε το δείγμα και παράλληλα έχουν αναφερθεί και στο ερωτηματολόγιο ήταν η έλλειψη χρηματοδότησης, η έλλειψη προσωπικού, η ελλιπής αξιολόγηση και οι χαμηλοί μισθοί. Ωστόσο, πέρα από τα προβλήματα αυτά αναφέρθηκαν τα παρακάτω προβλήματα:

1. Κακή ηγεσία ή οργάνωση
2. Άκριτες προσλήψεις
3. Κενές θέσεις οδηγών ασθενοφόρων ή έλλειψη ασθενοφόρων
4. Μακρά νοσηλεία

5. Μη ασφαλές πρόγραμμα εφημεριών
6. Έλλειψη εκπαίδευσης προσωπικού
7. Τακτοποίηση υπηρεσιακών φακέλων
8. Γραφειοκρατία

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Σχήμα 15 το δείγμα ξεχώρισε την κακή ηγεσία ή οργάνωση ως ένα από τα βασικά προβλήματα μιας και κάτι τέτοιο ανέφερε το 29,51% του δείγματος (N = 18). Επίσης, σημαντικό πρόβλημα το οποίο σημειώθηκε από το 18,03% του δείγματος (N = 11) αποδείχθηκε η έλλειψη οδηγών ασθενοφόρων ή η έλλειψη ασθενοφόρων. Ακόμα, το 14,75% (N = 9) σημείωσε και τη γραφειοκρατία ως πρόβλημα του ΕΣΥ. Από τα προβλήματα δεν έλλειψαν και οι άκριτες προσλήψεις, ένα πρόβλημα που σημειώθηκε από το 11,48% του δείγματος (N = 7). Τα προβλήματα που σημειώθηκαν και τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται αναλυτικά στην επόμενη εικόνα.



Σχήμα15: Κατανομή δείγματος ως προς τα προβλήματα του ΕΣΥ

Στη δεύτερη ερώτηση, η οποία σχετιζόταν με τις προτάσεις βελτίωσης για τα προβλήματα που είχαν ήδη αναφερθεί, το δείγμα σημείωσε τις εξής προτάσεις: η αύξηση προϋπολογισμού για την υγεία, οι προσλήψεις προσωπικού, η αύξηση της διαφάνειας και των κινήτρων για απόδοση και η αύξηση των μισθών. Σχετικά με τα προβλήματα που δεν είχαν αναφερθεί και αναφέρθηκαν ως επιπλέον προβλήματα και ελλείψεις, οι προτεινόμενες λύσεις ήταν:

1. Αύξηση οργάνωσης
2. Σωστή κατανομή του προσωπικού
3. Πρόσληψη οδηγών ασθενοφόρων ή αγορά ασθενοφόρων
4. Βραχεία νοσηλεία και δημιουργία μονάδων μακράς νοσηλείας
5. Εξειδίκευση σε συγκεκριμένες περιοχές
6. Εκπαίδευση προσωπικού
7. Δημιουργία ηλεκτρονικών φακέλων για προσωπικό και ασθενείς
8. Μείωση γραφειοκρατίας
9. Έλεγχος προμηθειών

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Σχήμα 16 το δείγμα ξεχώρισε ανάμεσα στις προτάσεις βελτίωσης την αύξηση της οργάνωσης, κάτι που σημείωσε το 27,69% του δείγματος (N = 18).

Επίσης, μια δημοφιλής πρόταση βελτίωσης ήταν η πρόσληψη οδηγών ασθενοφόρων ή η αγορά ασθενοφόρων εκφράζοντας το 16,92% του δείγματος (N = 11). Ακόμα, το 13,85% (N = 9) σημείωσε και τη μείωση της γραφειοκρατίας ως πρόταση βελτίωσης του ΕΣΥ. Ανάμεσα στις προτάσεις βελτίωσης ξεχωρίζει και η σωστή κατανομή του προσωπικού, μια πρόταση που σημειώθηκε από το 10,77% του δείγματος (N = 7). Οι προτάσεις βελτίωσης που σημειώθηκαν και τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται αναλυτικά στην επόμενη εικόνα.

Σχήμα16: Κατανομή δείγματος ως προς τις προτάσεις βελτίωσης του ΕΣΥ

Κεφάλαιο 6ο Συμπεράσματα έρευνας

6.1 Συζήτηση-Αποτελέσματα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχε στο σύνολο του δείγμα 100 συμμετεχόντων από το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» και το Κέντρο Υγείας Σταυρούπολης Ξάνθης. Κύριο χαρακτηριστικό του δείγματος είναι η ολοκλήρωση σπουδών Τριτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ειδικότητες ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ Νοσηλευτών, ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ Διοικητικών και ΠΕ Ιατρικής. Προκειμένου να κατανοηθούν πληρέστερα από τον αναγνώστη τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας εργασίας, παρουσιάζονται σε πρώτο στάδιο τα ερευνητικά ερωτήματα.

1. Σε τι βαθμό οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου γνωρίζουν τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο ΕΣΥ κατά την τελευταία δεκαετία της οικονομικής κρίσης;
2. Ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες που θεωρούν ότι έχουν επιφέρει οι μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ;
3. Ποιες είναι οι προτάσεις και οι μεταρρυθμίσεις που πιστεύουν ότι θα πρέπει να γίνουν, ώστε να δημιουργηθούν προοπτικές βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΕΣΥ;

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, εξετάστηκαν 5 μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ: η σύσταση ΕΟΠΠΥ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά, ο οικογενειακός γιατρός–οι Τοπικές μονάδες υγείας και ο νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού.

Η στάση για τις μεταρρυθμίσεις είναι από μέτρια έως αρκετά θετική (η τάση είναι προς το θετική). Τα θετικά ποσοστά είναι τα εξής: *62,0% (ΕΟΠΠΥ), 80,0% (ηλεκτρονική συνταγογράφηση), 51,0% (διείσδυση γενόσημων φαρμάκων), 59,0%(οικογενειακός γιατρός–Τοπικές μονάδες υγείας) και 67,0%(νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού)* αντιστοίχως. Επομένως οι συμμετέχοντες του δείγματος έχουν μια σχετικά, αρκετά θετική στάση για τις συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις, κάτι που είναι σε ένα βαθμό αναμενόμενο και φανερώνει ότι

τουλάχιστον οι μεταρρυθμίσεις κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση. Μπορεί να υποστηριχθεί, ότι είναι κεντρικής σημασίας η ύπαρξη αποδοχής από το προσωπικό, οποιασδήποτε μορφής μεταρρύθμισης, καθώς έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχούς έκβασης. Το χαμηλότερο ποσοστό κατέλαβε η μεταρρύθμιση για τη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων, ενώ όπως φάνηκε από τη θεωρητική επισκόπηση, ο όγκος τους στην αγορά είναι σημαντικά μικρότερος σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Οι γνώσεις σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις κινούνται και πάλι σε μέτρια ως θετικά επίπεδα αλλά κινούνται και σε απολύτως θετικά επίπεδα. Τα θετικά ποσοστά είναι τα εξής: *65,0% (ΕΟΠΠΥ), 75,0% (ηλεκτρονική συνταγογράφηση), 77,0% (διείσδυση γενόσημων φαρμάκων), 80,0% (οικογενειακός γιατρός–Τοπικές μονάδες υγείας) και 67,0% (νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού)* αντιστοίχως. Συνεπώς υπάρχει μια αρκετά καλή γνώση των μεταρρυθμίσεων από τους ερωτηθέντες.

Η στάση σχετικά με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων κινείται σε περισσότερο μέτρια αλλά και θετικά επίπεδα. Τα θετικά ποσοστά είναι τα εξής: *24,0% (ΕΟΠΠΥ), 46,0% (ηλεκτρονική συνταγογράφηση), 3,0% (διείσδυση γενόσημων φαρμάκων), 18,0% (οικογενειακός γιατρός–Τοπικές μονάδες υγείας) και 44,0% (νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού)* αντιστοίχως. Υπάρχει μια σχετική απαισιοδοξία σε ότι αφορά τα προσδοκόμενα αποτελέσματα, κάτι που ενδεχομένως να είναι απόρροια της έλλειψης εμπιστοσύνης στο σύστημα (το πολιτικό κ.ά.), ή μπορεί σε ένα βαθμό, οι υφιστάμενες στάσεις σε σχέση με τις εργασιακές διαστάσεις των συμμετεχόντων (ικανοποίηση, παρακίνηση, γενικές συνθήκες) να επιδρούν αρνητικά στην εκτίμηση των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Συγκεντρωτικά τα θετικά ποσοστά παρουσιάζονται παρακάτω. Συνοψίζοντας, παρόλο που η στάση και η γνώση για τις μεταρρυθμίσεις είναι σχετικά θετική, η εκτίμηση των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων υπολείπεται.

ΕΟΠΠΥ	**Θετικά ποσοστά (στάση)**	**Θετικά ποσοστά (γνώση)**	**Θετικά ποσοστά (προσδοκώμενα αποτελέσματα)**
	62,0%	65,0%	24,0%

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	80,0%	75,0%	46,0%
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων	51,0%	77,0%	3,0%
Οικογενειακός γιατρός–Τοπικές μονάδες υγείας	59,0%	80,0%	18,0%
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού	67,0%	67,0%	44,0%

Ουσιαστικά, τα αποτελέσματα βρίσκονται σε ισχυρή συσχέτιση με συμπεράσματα ερευνών, όπως των Χαλκιά και Βαρακλιώτη (2015), που έκαναν λόγο για την απουσία σχεδιασμού και οργάνωσης των πρωτοβουλιών που έγιναν τη συγκεκριμένη περίοδο, οι οποίες εστίασαν, μόνο, στον περιορισμό της δαπάνης, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη άλλες παραμέτρους. Όπως επίσης και των Goranitisetal, (2014) και Μπελετσιώτη και συν (2018) που επικεντρώθηκαν στο γεγονός πως οι μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν την περίοδο αναφοράς, δεν εστίασαν σε τομείς του υγειονομικού τομέα οι οποίοι επηρέασαν αρνητικά την απόδοση του συστήματος υγείας.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, ο βαθμός ικανοποίησης από τον τόπο εργασίας κινείται σε θετικά επίπεδα κάτι που δεν ισχύει για την επάρκεια του προσωπικού, την ομαλή λειτουργία της δομής όπου εργάζεται το δείγμα, για την οποία η στάση του κινείται κυρίως σε μέτρια και αρνητικά επίπεδα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν και συμμετέχοντες στο δείγμα που φανερώνουν, θετική στάση.

Όσον αφορά την ικανοποίηση του δείγματος για τα ωράρια εργασίας, το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά αρνητικά με ένα δείγμα να κινείται σε θετικότερα επίπεδα. Μια διαφορετική στάση φανερώνει το δείγμα στην ικανοποίηση από το μισθό, φανερώνοντας κυρίως αρνητική στάση στον παράγοντα αυτό. Ωστόσο, σε καλύτερα επίπεδα κινείται η στάση του δείγματος σχετικά με την χρηματοδότηση έτσι ώστε η δομή εργασίας να λειτουργεί ομαλά. Στον παράγοντα αυτό η τάση του δείγματος είναι κυρίως μέτρια αλλά και θετική.

Σχετικά με τις διαδικασίες αξιολόγησης, 3 στους 4 συμμετέχοντες της έρευνας περίπου αναγνωρίζουν την ύπαρξη διαδικασιών αξιολόγησης στη δομή εργασίας τους. Παρόλα αυτά, η ομαλή λειτουργία των διαγνωστικών εργαστηρίων δεν αντιμετωπίζεται το ίδιο θετικά αφού η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει μέτρια ομαλή λειτουργία διαγνωστικών εργαστηρίων. Η μέτρια στάση ισχύει και στην περίπτωση της ικανοποίησης από τους χρόνους αναμονής ασθενών η οποία συμπληρώνεται και από την εντελώς αρνητική.

Από την άλλη πλευρά, η στάση για το απόθεμα των υλικών κινείται περισσότερο σε θετικά και πολύ θετικά επίπεδα δηλώνοντας επάρκεια αποθεμάτων υλικών. Παρόμοια στάση, φανερώνεται και στην περίπτωση της ικανοποιητικής κατάστασης των υποδομών η οποία είναι μεν θετική για την πλειοψηφία του δείγματος αλλά και μέτρια για ένα αξιόλογο τμήμα αυτού.

Μέτρια είναι και η στάση του δείγματος σχετικά με την παρακίνηση του συστήματος για αποδοτική εργασία, μια στάση που συμπληρώνεται και έντονα από τις αρνητικές στάσεις στο δείγμα. Όμοια στάση ισχύει και στην περίπτωση της επαγγελματικής εξουθένωσης με το δείγμα να κινείται σε μέτρια αλλά και ελαφρά υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόμοια ζητήματα έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, σε πολλά επιμέρους στάδια ανάπτυξης του ΕΣΥ (Μπελετσιώτη και συν, 2018,Kentikelenisetal, 2014, Καραγιάννη, 2017, Νιάκας, 2014).

Τέλος, σε σχέση με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, ως προς τα προβλήματα του ΕΣΥ σήμερα, πέρα από τα όσα αναφέρθηκαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το δείγμα σημείωσε την κακή ηγεσία, τις άκριτες προσλήψεις, τις κενές θέσεις οδηγών και ασθενοφόρων, τη μακρά νοσηλεία, το μη ασφαλές πρόγραμμα εφημεριών, την έλλειψη εκπαίδευσης προσωπικού, την τακτοποίηση των υπηρεσιακών φακέλων και τη γραφειοκρατία. Αντίστοιχα, οι προτάσεις για βελτίωση που αναφέρθηκαν από το δείγμα ήταν η αύξηση οργάνωσης, η σωστή κατανομή του προσωπικού, η πρόληψη οδηγών ασθενοφόρων ή αγορά ασθενοφόρων, η βραχεία νοσηλεία και η δημιουργία μονάδων μακράς νοσηλείας, η εξειδίκευση νοσοκομείων σε συγκεκριμένες περιοχές, η εκπαίδευση προσωπικού, η δημιουργία ηλεκτρονικών φακέλων για προσωπικό και ασθενείς και η μείωση γραφειοκρατίας.

6.2 Γενικά συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα, φανερώνουν πως το ΕΣΥ ακόμα και σήμερα, έρχεται αντιμέτωπο με σημαντικά προβλήματα, που δε το βοηθούν να ξεπεράσει τις δομικές παθογένειες του παρελθόντος και να εισέλθει σε μία νέα εποχή. Μια εποχή που θέτει στο επίκεντρο την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών προς τον πολίτη, τη βελτίωση των δεικτών αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, και την αυξημένη λειτουργικότητά του σε ένα πλαίσιο μειωμένων πόρων και αύξησης του ανταγωνισμού.

Είναι χαρακτηριστικό πως γίνονται αναφορές για έλλειψη εκπαίδευσης, αναποτελεσματική ηγεσία, φαινόμενα μακράς νοσηλείας και γραφειοκρατία, ενώ παρατηρείται μια χαμηλή εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας (και ενδεχομένως το γενικότερο πολιτικό σύστημα εν γένει), από τη στιγμή που οι μεταρρυθμίσεις κρίνονται αρκετά θετικά αφενός, αλλά δεν θεωρείται ότι θα φέρουν θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά οι μεταρρυθμίσεις κρίνονται θετικές και προς τη σωστή κατεύθυνση, αλλά αν δεν αντιμετωπιστούν οι δομικές ανεπάρκειες, είναι πολύ δύσκολο να κερδηθεί η εμπιστοσύνη του προσωπικού στο ΕΣΥ, που σε μεγάλο βαθμό θα καθορίσει το αποτέλεσμά τους. Συνεπώς, φαίνεται πολύ πιθανό, όταν ένας εργαζόμενος δεν εμπιστεύεται ουσιαστικά το σύστημα (την Ηγεσία του) ως προς τη βαθιά δέσμευσή του στις μεταρρυθμίσεις και την ικανότητά του να τις αναπτύξει, να μην διαθέτει τα απαραίτητα επίπεδα παρακίνησης που θα οδηγήσουν στην επιπλέον προσπάθεια, σε επίπεδο ποσότητας και ποιότητας (όσο και αν διαθέτει εσωτερική κινητοποίηση, ή παρακινείται από το ηθικό χρέος της αποστολής του και την αίσθηση καθήκοντος).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απολύτως αναγκαίος ο στρατηγικός σχεδιασμός και η ύπαρξη ενός οράματος που θα συμβάλλει στην αύξηση της παρακίνησης των εργαζόμενων υγείας. Το όραμα προϋποθέτει μια ξεκάθαρη, σαφή περιγραφή του που θέλει να κατευθυνθεί το σύστημα, όπως και των τρόπων που θα το επιτύχει. Ενδεχομένως, οι εργαζόμενοι γνωρίζουν το τι γίνεται και τι αποσκοπείται βραχυπρόθεσμα (ή μεσοπρόθεσμα), αλλά δεν γνωρίζουν την τελική κατεύθυνση και τον απώτερο σκοπό. Επιπρόσθετα, η συμμετοχή των εργαζόμενων, στα πλαίσια ενός γόνιμου διαλόγου και η ταυτόχρονη σηματοδότηση πραγματικής εκτίμησης και

διάθεσης ενδυνάμωσής τους, μπορεί να είναι κεντρικής σημασίας. Οι εργαζόμενοι που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, πρέπει να συμμετέχουν ενεργά κατά το σχεδιασμό των μεταρρυθμίσεων, καθώς αφενός η γνώση τους είναι πολύτιμη και αφετέρου, διότι όταν κάποιο άτομο (ή ομάδα ατόμων) συμμετέχει στο σχεδιασμό μιας δράσης, αναμφίβολα εμπλέκεται περισσότερο (επενδύει περισσότερο στην επιτυχία ενός εγχειρήματος, καθώς έχει συμβάλλει στη δημιουργία του, σε αντιδιαστολή με μια δράση που γίνεται αντιληπτή ως εξωγενής), και μπορεί να νιώθει και μια ηθική υποχρέωση να ανταποδώσει σε κοινωνικό επίπεδο αυτό που του δόθηκε (την εκτίμηση που αποδόθηκε στο άτομο, μέσω της συμμετοχής του).

Επίσης, σε άλλες μεταβλητές που αναζητήθηκαν μέσω της έρευνας και σχετίζονται με την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού και ουσιαστικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου, τα αποτελέσματα πρέπει να προβληματίζουν την ανώτατη ηγεσία στο αρμόδιο Υπουργείο Υγείας. Συγκεκριμένα, η απουσία ικανοποίησης από την εργασία, η έλλειψη κινήτρου, η επαγγελματική εξουθένωση, το ωράριο εργασίας και η χαμηλή αμοιβή, είναι μεταβλητές που ταυτίζονται με ένα προβληματικό οργανωτικό πλαίσιο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ στην Ελλάδα.

Οι μεταβλητές αυτές είναι εξαιρετικά σημαντικές και συνδέονται, αφενός σε μεγάλο βαθμό με τις δομικές ελλείψεις του ΕΣΥ (έλλειψη καθοδήγησης, εκπαίδευσης, Ηγεσίας, χαμηλά επίπεδα ενδυνάμωσης του προσωπικού κ.ά.) και αφετέρου, με μια σειρά θετικών εκροών σε επίπεδο οργανισμού: από την απόδοση του κάθε εργαζόμενου και του οργανισμού συνολικά, έως την ικανότητα προσέλκυσης ταλαντούχου ανθρώπινου δυναμικού και την ικανοποίηση των ασθενών. Επομένως πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στα δομικά προβλήματα του ΕΣΥ και στις ανεπάρκειες και τα επιμέρους προβλήματα, ακόμα και σε επίπεδο στάσεων του προσωπικού και συμπεριφοράς.

Ειδικά η παρακίνηση και η ικανοποίηση των εργαζόμενων, θεωρούνται εξαιρετικά σημαντικές μεταβλητές. Καθώς η οικονομική συγκυρία είναι αρκετά δύσκολη και δεν ευνοεί χρηματικά κίνητρα (μισθούς, μπόνους κ.ά.), θα πρέπει οπωσδήποτε να βρεθούν τρόποι και πολιτικές διεύρυνσής τους. Κάτι ενδεχομένως σημαντικό προς αυτή την κατεύθυνση, είναι η έμπρακτη επίδειξη εκτίμησης και αναγνώρισης της συμβολής τους και του κόπου τους, σε επίπεδο επικοινωνίας, ανάμιξης, συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων κ.ά. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί και να γίνει ακόμα πιο «βαθιά» αντιληπτό από τους εργαζόμενους, πόσο

σημαντική είναι η αποστολή τους σε κοινωνικό επίπεδο και πόσο κρίσιμη είναι η συμβολή τους και η απόδοσή τους (αυτό, μπορεί να είναι κάτι που να ενισχύσει την εσωτερική τους κινητοποίηση).

Η ηγεσία των οργανισμών υγείας είναι σε σχέση με τα προαναφερθέντα μια έννοια εξαιρετικής σημασίας. Η αποτελεσματική Ηγεσία, μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία ενός πλαισίου συνθηκών που μπορεί να αναπτυχθεί οργανικά η απόδοση των εργαζόμενων. Η ηγεσία είναι το στοιχείο που θα μπορούσε δυνητικά να αυξήσει τη θετικότητα των στάσεων για τα προσδοκώμενα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων και να συμβάλλει στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς, τους εργαζόμενους και τους ασθενείς, τους εργαζόμενους και τους ηγέτες του κάθε οργανισμού, το κράτος κ.ά.

Η αποτελεσματική Ηγεσία είναι ουσιαστικά το μέσο επίτευξης του απαραίτητου στρατηγικού σχεδιασμού και της ικανότητας ολιστικής προσέγγισης των ζητημάτων του ΕΣΥ: αυτό που φαίνεται να εκλείπει είναι μια ηγεσία που θα καταφέρει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των εργαζόμενων, μέσω της σηματοδότησης της απαραίτητης θέλησης και ικανότητας για αλλαγή. Για παράδειγμα, όταν τοποθετούνται ακατάλληλοι ηγέτες σε Νοσοκομεία από την πολιτική Ηγεσία (για διάφορους λόγους), ενώ ο ρόλος τους είναι εξαιρετικά σημαντικός (του συντονισμού, της ενίσχυσης ή προσαρμογής μιας εδραιωμένης κουλτούρας στα νέα δεδομένα, της αλλαγής κ.ά.), ή όταν δεν επιλύονται μακροχρόνια, δομικά προβλήματα, όπως οι αναντιστοιχίες ιατρών/ νοσηλευτών, είναι αναμενόμενο να μην υπάρχει εμπιστοσύνη. Στο ίδιο πλαίσιο είναι πιθανό, ότι ένα σημαντικό μέρος των εργαζόμενων μπορεί να θεωρεί ότι οι μεταρρυθμίσεις είναι επιβεβλημένες και ότι η ηγεσία δεν θα τις έκανε σε αντίθετη περίπτωση, επομένως δεν πρόκειται να επιδείξει ιδιαίτερη συνέπεια και προσήλωση ως προς τη επίτευξή τους.

Είναι σημαντικό, να τονιστεί ότι η Ηγεσία δε συνεπάγεται μια «μαγική», σοφή, ταυτόχρονη λύση όλων των ζητημάτων, αλλά μια συντονισμένη και σταθερή αλλαγή φιλοσοφίας και μια μετατόπιση οπτικής, προκειμένου να αλλάξουν (όπου χρειάζεται) οι στάσεις, οι αντιλήψεις και η συμπεριφορά του προσωπικού, που είναι ο πυρήνας του ΕΣΥ: συνεπώς είναι δυνατόν, ακόμα και σε περίοδο οικονομικής στενότητας, να αναπτυχθούν θετικοί κύκλοι/ αλυσίδες (σε αντιδιαστολή με φαύλους, αρνητικούς), όπου μπορεί μια θετική κίνηση να δρα ενισχυτικά και πολλαπλασιαστικά. Για να γίνει αυτό, πρέπει σε πρώτο στάδιο, να διεξαχθεί ένας πραγματικά ώριμος, ισότιμος και γόνιμος διάλογος ανάμεσα στις βασικές ομάδες

ενδιαφέροντος (κυρίως ανάμεσα στο προσωπικό του ΕΣΥ και την ηγεσία) και να αναπτυχθούν σχέσεις αμοιβαίας ωφέλειας και εμπιστοσύνης.

Οι εργαζόμενοι έχουν πολλά να προσφέρουν σε αυτό το διάλογο και η συμβολή τους μπορεί να είναι καθοριστική. Ειδικά η μέτρια στάση τους ως προς τις μεταρρυθμίσεις, είναι ένα στοιχείο που προβληματίζει έντονα, καθώς οι συμμετέχοντες στην έρευνα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή του δημόσιου υγειονομικού συστήματος και θα έπρεπε αφενός να γνωρίζουν το σύνολο των μεταρρυθμίσεων και αφετέρου, να έχουν θετική στάση και να έχουν πεισθεί για τη σημαντικότητα των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, ώστε να εργάζονται με σκοπό την επιτυχία τους. Ενδεχομένως το πιο σημαντικό στοιχείο του μίγματος δεν είναι τα μέτρα κάθε αυτά, αλλά η εμπιστοσύνη του προσωπικού σε αυτά και την Ηγεσία.

Είναι πολύ πιθανό, ότι οι εργαζόμενοι δε νιώθουν την απαραίτητη στήριξη και εκτίμηση για τον κόπο τους, την προσπάθειά τους και το σκληρό αγώνα που καταβάλλουν, ενώ μπορεί να υποστηριχθεί ότι κάποιοι γενικοί ιατροί θα είχαν ίσως τη διάθεση να προσφέρουν στην πρωτοβάθμια υγεία (αφήνοντας κατά μέρος τις οικονομικές απολαβές του ιδιωτικού τομέα) αν ένιωθαν ότι η προσπάθειά τους θα εκτιμηθεί και ότι θα είχαν τις στοιχειώδεις συνθήκες, ώστε να προσφέρουν. Επίσης κάτι άλλο πολύ σημαντικό είναι, ότι η ηγεσία οφείλει να αλλάξει και τις στάσεις των ασθενών σε ότι αφορά το ΕΣΥ, καθώς το προσωπικό μπορεί να έρχεται καθημερινά αντιμέτωπο με συμπεριφορές, για τις οποίες δεν είναι ουσιαστικά υπαίτιο (κάτι που μπορεί να μειώνει τα επίπεδα παρακίνησης). Σε επίπεδο επικοινωνίας προς το κοινό, πρέπει να τονισθεί το μήνυμα της προσφοράς του προσωπικού του ΕΣΥ και να αναδειχθεί η σημαντικότητα της προσπάθειας του.

Το στρατηγικό μακροπρόθεσμο σχέδιο της πολιτείας, πρέπει να αλλάξει και να περιλαμβάνει μεταρρυθμίσεις, για την ενίσχυση της απόδοσης, της παραγωγικότητας, που θα εγγυώνται τη συνολική βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης όπως αναφέρουν και οι Economou et al (2017). Σε ένα τέτοιο σχέδιο μπορούν και πρέπει να περιλαμβάνονται πολιτικές για το προσωπικό υγείας, ώστε να εργάζεται απρόσκοπτα, χωρίς να έρχεται αντιμέτωπο με συνθήκες που επηρεάζουν την άσκηση της εργασίας τους, όπως εκείνους που ανιχνεύτηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία. Στην πραγματικότητα, οι μεταρρυθμίσεις δεν πρέπει να εστιάζουν αποκλειστικά στη μείωση του κόστους, αλλά να θέτουν νέες βάσεις και προτεραιότητες, με τον πολίτη, τον εργαζόμενο στην υγεία και τον οργανισμό υγείας να βρίσκονται στην κορυφή.

Οι νέες προτεραιότητες που αναφέρθηκαν για ένταξη στο σχεδιασμό της στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας, θα μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία και τις νέες προκλήσεις του υγειονομικού τομέα, όπως αναφέρονται χαρακτηριστικά από τους Φίλιππα και συν (2014) και αφορούν την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, τη γήρανση του πληθυσμού, τη διείσδυση της καινοτόμου τεχνολογίας κ.α.

Παρά το γεγονός πως η χώρα έχει εξέλθει των μνημονίων, είναι ανάγκη να συνεχιστούν οι προσπάθειες μεταρρύθμισης και εκσυγχρονισμού κάθε επιμέρους δομής του ΕΣΥ. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο κέντρο της φιλοσοφίας των αλλαγών, με στόχο την ικανοποίησή του, που θα προέλθει μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, της μείωσης των ανισοτήτων και την παροχή φροντίδας υγείας σε άμεσο χρόνο, στον τόπο και το χρόνο που την έχει ανάγκη.

Η παρούσα εμπειρική μελέτη οδήγησε σε σημαντικά συμπεράσματα, τα οποία δείχνουν σε κάθε ενδιαφερόμενο, τις πεποιθήσεις του υγειονομικού προσωπικού για τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας στη χώρα, τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα προβλήματα και τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της βελτίωσης της λειτουργίας των δημόσιων οργανισμών υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων και τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας και ο βαθμός αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου

Τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει από την έρευνα, μπορούν και πρέπει να αξιοποιηθούν από το Υπουργείο υγείας και τους επικεφαλής των υγειονομικών περιφερειών και των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η αξιοποίηση τους θα βοηθήσει ώστε να γίνουν ενέργειες για την ενίσχυση της απόδοσης του προσωπικού, την ενίσχυση της γνώσης των εμπλεκόμενων στο σύστημα υγείας σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις, αλλά και ενέργειες που θα στοχεύουν στην πηγή των μεταρρυθμίσεων ώστε να οδηγήσουν στη βελτίωση τους. οι βασικές προτάσεις της παρούσας εργασίας είναι οι εξής:

1. Έναρξη πραγματικού διαλόγου με το προσωπικό Υγείας και κατανόηση των αναγκών του
2. Άμεση επίλυση των ζητημάτων που αφορούν τις συνθήκες εργασίας (εξουθένωση, προγραμματισμός) στο μέτρο του δυνατού ή σημαντικές προσπάθειες σηματοδότησης της διάθεσης εύρεσης μιας λύσης
3. Αντιμετώπιση της ανισορροπίας γενικών ιατρών/ ειδικών και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς η επιτυχία του ΕΣΥ στηρίζεται στην πρωτοβάθμια υγεία

και την προληπτική αντιμετώπιση των γενικών ιατρών (προτού τα περιστατικά χρειασθούν ειδικό ιατρό)

4. Ολιστική προσέγγιση του συστήματος και κατανόηση των αναγκών των ασθενών και των εργαζόμενων (η σχέση προσωπικού-ασθενή είναι εξαιρετικής σημασίας όπως και το ανθρώπινο στοιχείο σε ένα σύστημα υγείας)
5. Επίδειξη έμπρακτης εκτίμησης στο προσωπικό (η εξουθένωση είναι το ακριβώς αντίθετο της εκτίμησης)
6. Εφαρμογή πρωτόκολλων ποιότητας και καταγραφή/ παρακολούθηση δεικτών

6.3 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Ο βασικός περιορισμός της παρούσας εργασίας είναι η χρησιμοποίηση δείγματος ευκολίας (παρόλο που χρησιμοποιήθηκε τυχαία μέθοδος ως προς την εύρεση των τελικών συμμετεχόντων). Από αυτό συνεπάγεται ότι τα ευρήματα δεν είναι ενδεχομένως αξιόπιστα.

Μελλοντικά, συστήνεται η διεξαγωγή της μελέτης μέσω μικτής έρευνας, απ' όπου θα προκύψουν πρωτογενή δεδομένα μέσω του ερωτηματολογίου αλλά και μέσα από συνεντεύξεις με το υγειονομικό προσωπικό του δημόσιου τομέα της Ελλάδας. Αυτή η ερευνητική προσέγγιση θα βοηθήσει σε πιο *«βαθιά»* διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν στην εργασία και θα εξάγει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά συμπεράσματα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

1. Abel–Smith B. 1994. *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Φαρμέτρικα.
2. Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. 2008. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*,47(3), σσ. 320-333.
3. Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. και Μπένος, Α. 2015. *Βασικές Αρχές, Θέσεις και Προτάσεις για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.* Αθήνα: Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
4. Αντωνοπούλου, Λ. 2008. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*,3(2), σσ.109-120.
5. Babbie,E. 2011. *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

6. Βελονάκη, Β.Σ. και Αδαμακίδου, Θ. 2015. Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον. κεφάλαιο 14. Στο Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. και συν.2015. *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.* Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Διαθέσιμο στο: www.kallipos.gr. Πρόσβαση στις 10-01-2020.
7. Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ.2012. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου .*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,*29(1), σσ.106-115.
8. Δερβένης, Χ. και Βογιατζής,Γ.2016. *Οι μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται για ένα βιώσιμο και αποδοτικό σύστημα υγείας.* Διαθέσιμο στο:

https://ekyklos.gr/sb/107-gia-ena-viosimo-kai-apodotiko-systima-ygeias.html. Πρόσβαση στις 20-12-2019.

9. Δημητρόπουλος, Ε. 2004. *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.
10. Δημουλάς, Κ. και Οικονόμου, Χ. 2012. *Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
11. Δριμής, Δ. 2020. *Ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας*. Διαθέσιμο στο: https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/129494_eleytheri-prosbasi-sto-dimosio-systima-ygeias. Πρόσβαση 30-03-2020.
12. ΕΟΦ. 2018. *Δελτίο Τύπου–Γενόσημα Φάρμακα.* Διαθέσιμο στο: http://www.eof.gr/web/guest/press;jsessionid=2e058284552a707514317186a5ba?p_p_id=62_INSTANCE_WZt6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_WZt6_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_WZt6_groupId=12225&_62_INSTANCE_WZt6_articleId=88476&_62_INSTANCE_WZt6_version=1.0. Πρόσβαση στις 10-01-2020.
13. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. 2017.*Ελλάδα:προφίλ υγείας* 2017. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_e. Πρόσβαση στις 30-03-2020.
14. Ευρωπαϊκή Επιτροπή.2019.*Ελλάδα:προφίλ υγείας* 2019. Διαθέσιμο στο:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf. Πρόσβαση στις 30-03-2020.

15. Ζάβρας, Α.Ι., Καρασούλα, Α., και Βασιλικιώτη, Ν. 2002. Διαχείριση των Μεταρρυθμίσεων σε Συστήματα Υγείας. Στο Νιάκας, Δ. Στάθης, Γ. (επιμ), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management: Προβληματισμοί και Προοπτικές.* Αθήνα: Mediforce.
16. Θεοδώρου, Μ. και Μητροσύλη, Μ.1999. *Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις),* τόμος Γ.. Πάτρα: ΕΑΠ.

17. ΙΚΠΙ. 2006. *Hellas Health. Έρευνα υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού,* Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής/Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

18. Καραγιάννη, Ρ. 2017. Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009-2015. *Οικονομικές Εξελίξεις,* 34, σσ. 77-92.

19. Κυριόπουλος, Γ. και Νιάκας, Δ.1994.*Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

20. Κυριόπουλος, Γ.2000.Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,*12(4), σσ.169-188.

21. Λιονής, Χ. και Κούτης Α. 1992. Πρόταση ανάπτυξης του ελληνικού κέντρου υγείας: Η εμπειρία από το Κέντρο Υγείας Σπηλίου. *Ιατρική,* 62, σσ. 392-397.

22. Λιονής, Χ. 2018. *Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma-Ata στη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.* Διαθέσιμο στο:http://healthmag.gr/post/12106/prwtobathmia-frontida-ygeias-apo-thn-alma-ata-sthn-astana. Πρόσβαση στις 10-01-2020.

23. Μητροσύλη, Μ. 1999. Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα. Στο Θεοδώρου, Μ.& Μητροσύλη, Μ. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις.* Πάτρα:ΕΑΠ.

24. Μπακόλα,Ε.Φραδέλος,Ε.,Μπακόλα,Ε. και Ζυγά,Σ. 2018 . Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 35(4),σσ. 549-557.

25. Μπελετσιώτη,Χ.,Παπαδόπουλος,Α. και Νιάκας,Δ. 2018. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,*35(5), σσ. 686-697.

26. Μπένος, Α. 1996. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Προϋπόθεση – στόχος για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του υγειονομικού τομέα*. Πρακτικά Ημερίδας για την υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.

27. Νιάκας,Δ.2002. Σύγχρονα ζητήματα Management της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. Στο Νιάκας, Δ. Στάθης, Γ. (επιμ), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management: Προβληματισμοί και Προοπτικές.* Αθήνα: Mediforce.

28. Νιάκας, Δ.2014. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας .*Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας και Διατροφής, 5*(1), σσ.3-7.

29. Παρασκευόπουλος., Λ. 1995. *Συστήματα Υγείας, Σημειώσεις Μαθήματος.* Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας.

30. Πετμεζίδου, Μ. Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. και Πολυζωίδης, Π. 2015. *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

31. Προβόπουλος, Γ. και Υφαντόπουλος, Ι.1990.*Ειδικά θέματα κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ.Ν. Σάκκουλα.

32. Σακκάς, Γ. 2018. Πώς εκτινάχθηκε η φαρμακευτική δαπάνη στα 5,1 δισ. πριν από τα μνημόνια. Διαθέσιμο στο: https://m.naftemporiki.gr/story/1320391. Πρόσβαση 30-03-2020.

33. Σακελαρρόπουλος, Τ. και Οικονόμου, Χ. 2006. Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα. *Κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη,* 1(1), σσ. 5-36.

34. Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καιτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ.., και Ψαλτοπούλου, Θ. 2013. *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.* Αθήνα: Επιστημονική

Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

35. Σουλιώτης,Κ.,Παπαδονικολάκη,Τζ.,Παπαγεωργίου,Μ. και Οικονόμου,Μ. 2018. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας:Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 35,(1), σσ. 9-16.

36. Τούντας, Γ. 2002. *Πολιτική Υγείας.* Αθήνα: Οδυσσέας.

37. Τσιπλητάρης, Α. Φ., και Μπάμπαλης, Θ. Κ., 2011. *Δέκα παραδείγματα μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας: από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Διάδραση.
38. Υπουργείο Υγείας. 2017. *Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ,* Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.
39. Φίλιας Β. 2001. *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.
40. Φίλιππας, Ν., Οικονόμου, Φ. και Χαρέμης, Α. 2014. *Μελλοντικές τάσεις και προκλήσεις στο χώρο της υγείας.* Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.

41. Χαλκιά, Β. και Βαρακλιώτη, Α.2015.Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ -15.*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 32(5), σσ. 546-555.

42. Χλέτσος, Μ. 1999. Κοινωνική πολιτική:κρίση του κράτους πρόνοιας. Στο Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ.*Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις τόμος Β.* Πάτρα:ΕΑΠ.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

43. Androutsou, L., Geitona, M.& Yfantopoulos, J. 2011. Measuring Efficiency and Productivity Across Hospitals in the Regional Health Authority of Thessaly, in Greece. *Journal of Health Management*, 13(2), pp.121–140.

44. Alexopoulos, E. and Geitona, M. 2009. Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6, pp. 2456-2469.

45. Blair, J., Czaja, R. F. and Blair, E. 2013. *Designing Surveys: A Guide to Decisions and Procedures*. 3rd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

46. Bradford, W.D. and Martin, R.E.1995. Supplier-induced demand and quality competition: an empirical investigation .*Eastern Economic Journal*,21(4), pp. 491-503.

47. Chisholm, D. and Evans, D.B. 2010. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage.* Geneva, World Health Organization (World Health Report Background Paper 28). Διαθέσιμο στο: http://cdrwww.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf.

48. Cohen, L., Manion, L. and Morrison, K.R.B.2011. *Research methods in education*. Oxon, UK: Routledge.

49. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

50. Dawes, J. 2008. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. *International journal of market research*, 50(1), pp. 61-104.

51. Domeyer, P. J., Aletras, V., Anagnostopoulos, F., Katsari, V. and Niakas, D. 2017. *Development and validation of a tool to assess knowledge and attitudes towards generic medicines among students in Greece: The Attitude Towards Generics (ATTOGEN) questionnaire.* Διαθέσιμο στο: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188484. Πρόσβαση στις 10-01-2020.

52. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. 2017. Greece Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-192.

53. European Commission, 2019a.*Enhanced surveillance Report. Greece*, February 2019. Institutional Paper 099. European Commission, Brussels, Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip099_en.pdf.

54. Eurostat, 2018c.*Unmet health care needs statistics. Luxembourg, European Commission*,Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics,.

55. Geitona, M., Yfantopoulos, J., Margaritidou, V.& Kyriopoulos, J.1998. Nursingmanpower requirements in Greece: The case of private non-qualified nurses. In D. Heffley et al. (eds).*Human resources supply and cost containment in the health system*, (pp. 229–39).

56. Geitona, M., Zavras, D., Hatzikou, M. &Kyriopoulos, J. 2006. Generics market in Greece: The pharmaceutical industry's beliefs. *Health Policy*, 79, pp. 35–48.

57. Goranitis,I. Siskou, O., and Liaropoulos, L. 2014. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health policy*, 117, pp. 279-284.

58. Hill, G.2000. Archie Cochrane and his legacy An internal challenge to physicians' autonomy? *Journal of Clinical Epidemiology*,53, 1189-1192.

59. Kaitelidou, D. and Kouli,E.2012.Greece: The health system in a time of crisis,*Eurohealth*, 18, pp. 12-14.

60. Kanavos, P.2014. Measuring performance in off-patent drug markets: a methodological framework and empirical evidence from twelve EU Member States. *Health policy*,118(2), pp. 229-241.

61. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. 2014.*Greece's health crisis: from austerity to denialism.* Διαθέσιμο στο: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/fulltext. Πρόσβαση στις 10-01-2020.

62. Latsou, D. & Geitona, M. 2018. The Effects of Unemployment and Economic Distress on Depression Symptoms. *Mater Sociomed*, 30(3), pp. 180-184

63. Lohr, S.L.2019. *Sampling: Design and Analysis: Design and Analysis*. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC.

64. Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D. and James, C. 2019. *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology.* Paris: OECD.

65. Manderbacka, K. Lundberg, O. and Martikainen, P. 1999. Do risk factors and health behaviors contribute to self-rating of health? *Soc. Sci. Med*., 48, pp.1713-1720.

66. Minarikova, D. 2015. Electronic prescription services system in Greece - pilot study. *Acta Poloniae Pharmaceutica ñ Drug Research*, 72(6), pp.1295-1302.

67. McCusker, K., and Gunaydin, S. 2015. Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research. *Perfusion*, 30(7), pp. 537-542.

68. McNabb, D. E. (2015). *Research methods for political science: Quantitative and qualitative methods*. England, London: Routledge.

69. Morgan, D. and Astolfi, R. 2013. *Health spending growth at zero: which countries, which sector are most affected?*. Working Parer No 60. Paris: OECD.

70. NHS,2013. *Connecting for Health*. Διαθέσιμο στο: http://www.connectingforhealth.nhs.uk.

71. Niakas, D. 2013. Greek Economic Crisis and Health Care Reforms: Correcting the Wrong Prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), pp. 597-602.

72. OECD. 2017. *Health at a glance.* Διαθέσιμο στο https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en. Πρόσβαση στις 10-01-2020.

73. OECD. 2020. *Healthataglance*. Διαθέσιμο στο: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en. Πρόσβαση 30-03-2020.

74. Petrelis, M. and Domeyer,P. 2016. Health expenditure and the social policy that was applied in Greece and Europe during the last decade. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*,8*(*2), pp. 48-56.

75. Polit, D.F., and Beck, C. T. 2010. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451-1458.

76. Souliotis, K. Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. 2016. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last… *European Journal of Health Economics*, 17(2), pp. 159–170

77. Stern, J. E., and Elliott, D. 1997. *The ethics of scientific research: A guidebook for course development.*Διαθέσιμο: https://www.semanticscholar.org/paper/The-Ethics-of-Scientific-Research%3A-A-Guidebook-for-Stern-Elliott/965d0934828d2a58ef7f37610cfbd18815bb5650#references.

78. Suetens C., Latour K., Kärki T., Ricchizzi E., Kinross P., Moro M.L., Jans B., Hopkins S., Hansen S., Lyytikäinen O., Reilly J., Deptula A., Zingg W., Plachouras D., and Monnet D. 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), pp. 1800516.

79. The Lancet. 2018. *Greece – the cost of recovery, Editorial, 25-07-2018*. Διαθέσιμο στο: https://www.the lancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30146-4/full text. Πρόσβαση στις 15-12-2019.

80. Tzagkarakis, S. and Mavrozacharakis, E.2017.*The Welfare State as a Precondition of the modern State*. Διαθέσιμο στο: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2965307. Πρόσβαση στις 17-01-2020.

81. Vlachadis, N., Vrachinis, N., Ktenas, E. Vlachadi, M. and Kornarou, E. 2014. Mortality and the economic crisis in Greece. *Lancet*, pp. 383-691.

82. WHO Regional Office for Europe. 2019b.Can *people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Copenhagen.

83. Yfantopoulos, N., Yfantopoulos, P., and Yfantopoulos, J. 2016.*Pharmakeutical policies under economic crisis: the Greek case.* DOI: 10.7365 / JHPOR.2016.2.1.

84. Zavras, D., Geitona, M. & Kyriopoulos, J. 2014. Primary Health Services Utilization in Greece: Studying the Past for Planning the Future. *Social Cohesion and Development*, 9(1), pp. 49-61.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο: Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Συνημμένο θα βρείτε ερωτηματολόγιο που αφορά στην έρευνα με θέμα "Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές."
Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι τα δεδομένα των απαντήσεών σας θα τύχουν επεξεργασίας από εμένα την ερευνήτρια προκειμένου να εξαχθούν στατιστικά στοιχεία.
Διατηρείται η πλήρης ανωνυμία κατά την επεξεργασία των δεδομένων η οποία με τη σειρά της γίνεται αποκλειστικά από εμένα, την ερευνήτρια.
Επίσης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στα άρθρα 12 έως 22 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών καθώς και με τους κανόνες εφαρμογής του Κανονισμού, όπως αυτοί ορίζονται στο Ν.4624/2019, διατηρείτε - ως υποκείμενα των δεδομένων - τα δικαιώματα ενημέρωσης και πρόσβασης, τα δικαιώματα διόρθωσης και διαγραφής (δικαίωμα στη λήθη), το δικαίωμα περιορισμού της επεξεργασίας, το δικαίωμα στη φορητότητα των δεδομένων, το δικαίωμα εναντίωσης και το δικαίωμα να μην υπόκεισθε σε απόφαση που λαμβάνεται αποκλειστικά βάσει αυτοματοποιημένης διαδικασίας. Ακόμα, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική, μπορείτε να αποχωρήσετε από τη διαδικασία της έρευνας όποτε το επιθυμείτε εσείς καθώς και να αποσύρετε τα δεδομένα που σας αφορούν αν αλλάξετε γνώμη ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

Ευχαριστώ πολύ!

Εφόσον συμφωνείτε με τα παραπάνω και θέλετε να συμμετάσχετε εθελοντικά στην ερευνητική διαδικασία καλείστε να προχωρήσετε στο επόμενο τμήμα.

* Required

Ερωτηματολόγιο: Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. **Φύλο** *
   Mark only one oval.
   - ( ) Άνδρας
   - ( ) Γυναίκα

2. **Ηλικία** *
   _____

3. **Μορφωτικό επίπεδο** *
   Mark only one oval.
   - ( ) Καμία εκπαίδευση
   - ( ) Δημοτικό
   - ( ) Γυμνάσιο
   - ( ) Λύκειο
   - ( ) Τριτοβάθμια - ΑΕΙ - ΤΕΙ - Ιδιωτική
   - ( ) Μεταπτυχιακό
   - ( ) Διδακτορικό

4. **Οικογενειακή κατάσταση** *
Mark only one oval.

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Other: _____

5. **Σημειώστε την ειδικότητά σας στη θέση που απασχολείστε** *

_____

Ερωτηματολόγιο: Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές

Γνώσεις μεταρρυθμίσεων

6. **Αξιολογήστε τις παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ** *
Mark only one oval per row.

	Απολύτως κακή μεταρρύθμιση	Πολύ κακή μεταρρύθμιση	Κακή μεταρρύθμιση	Μέτρια μεταρρύθμιση	Καλή μεταρρύθμιση	Πολύ καλή μεταρρύθμιση	Απολύτως καλή μεταρρύθμιση
Σύσταση ΕΟΠΥΥ							
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση							
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά							
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικες μονάδες υγείας							
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού							

7. **Σημειώστε το βαθμό που γνωριζετε τις παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ** *
Mark only one oval per row.

	Απολύτως κακή γνώση	Πολύ κακή γνώση	Κακή γνώση	Μέτρια γνώση	Καλή γνώση	Πολύ καλή γνώση	Απολύτως καλή γνώση
Σύσταση ΕΟΠΥΥ							
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση							
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά							
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικες μονάδες υγείας							
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού							

8. **Οι παρακάτω μεταρρυθμίσεις που αφορούν το ΕΣΥ έφεραν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα;** *
Mark only one oval per row.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ απόλυτα
Σύσταση ΕΟΠΥΥ	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην αγορά	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Οικογενειακός γιατρός - Τοπικες μονάδες υγείας	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Νόμος για την κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Ερωτηματολόγιο: Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές

Προβλήματα και ανεπάρκειες

9. **Σημειώστε το βαθμό ικανοποίησής σας από το Νοσοκομείο από το οποίο απασχολείστε** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ικανοποιημένος/η	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ικανοποιημένος/η

10. **Το προσωπικό είναι επαρκές για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα

11. **Όλες οι ειδικότητες και το πλήθος των εργαζομένων σε αυτές είναι κατανεμημένο ομαλά** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα

12. **Τα ωράρια εργασίας της θέσης σας είναι ικανοποιητικά** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ικανοποιητικά	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ικανοποιητικά

13. **Είστε ικανοποιημένος/η από το μισθό σας** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ικανοποιημένος/η	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ικανοποιημένος/η

14. **Το νοσοκομείο χρηματοδοτείται επαρκώς για να λειτουργεί ομαλά** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα

15. **Υπάρχουν διαδικασίες αξιολόγησης** *
Mark only one oval.

◯ Ναι
◯ Όχι

16. **Τα διαγνωστικά εργαστήρια λειτουργούν ομαλά** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ομαλά	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ομαλά

17. **Οι χρόνοι αναμονής των ασθενών είναι ικανοποιητικοί** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ικανοποιητικοί	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ικανοποιητικοί

18. **Τα υλικά με τα οποία εργάζομαι (αναλώσιμα, εργαλεία) είναι σε απόθεμα** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Πάντα

19. **Οι υποδομές (τοίχοι, αίθουσες αναμονής, κλίνες) βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Καθόλου ικανοποιητική	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Απόλυτα ικανοποιητική

20. **Παρακινήστε από το σύστημα για αποδοτική εργασία;** *
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Συμφωνώ απόλυτα

21. **Σημειώστε το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης που νιωθετε** *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Απόλυτη επαγγελματική εξουθένωση	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Καθόλου επαγγελματική εξουθένωση

22. **Παρακαλείστε να σημειώσετε συνοπτικά τυχόν προβλήματα και ανεπάρκειες του ΕΣΥ που δεν αναφέρθηκαν ως τώρα** *

Ερωτηματολόγιο: Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Ανεπάρκειες και Προοπτικές

Προτάσεις

23. **Παρακαλείστε να σημειώσετε προτάσεις βελτίωσης της σημερινής κατάστασης του ΕΣΥ** *