Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στη Δημόσια Διοίκηση

Master in Public Administration

Διπλωματική Εργασία:

ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Φοιτητής: Γεώργιος Νικολάου

Καθηγητής: Δρ.Ιωάννης Ν. Βλάσσης

ΚΥΠΡΟΣ 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

«Το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομείων στην Ελλάδα από το 2000 μέχρι σήμερα»…….5

Copyright……6

ΠΕΡΙΛΗΨΗ……7-8

ABSTRACT……..9-10

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ……11

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……...…..12-13

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ……..14-15

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΩΣ ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΥΙΟΘΕΤΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ…16-35

ΠΕΡΙΛΗΨΗ……16-17

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……18-19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.....20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συστήματος σε σχέση με άλλα συστήματα...21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μορφές των συστημάτων υγείας…….22-26

α. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας…….22

β. Το Δημόσιο σύστημα υγείας……...23

γ. Δημόσια συστήματα Bismarck…….24

δ. Δημόσια συστήματα Beveridge……24

ε. Διάγραμμα δημοσίων και φιλελεύθερων συστημάτων……25

στ. Το Μεικτό σύστημα υγείας……26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας…….27-29

α. Πλεονεκτήματα Φιλελεύθερων συστημάτων…….27

β. Μειονεκτήματα Φιλελεύθερων συστημάτων…….27

γ. Πλεονεκτήματα δημόσιου συστήματος……28

δ. Μειονεκτήματα δημόσιου συστήματος……28

ε. Πλεονεκτήματα μεικτού συστήματος……..29

στ. Μειονεκτήματα μεικτού συστήματος……29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Τα βασικά στοιχεία που διέπουν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας……..30-33

α. Βασικά στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος……30-31

β. Βασικά πλεονεκτήματα του Ελληνικού Συστήματος …….32

γ. Βασικά μειονεκτήματα του Ελληνικού Συστήματος …….32

δ. Τάσεις του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ……...32-33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα……34-35

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΕΤΡΟ: ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ……36-63

ΠΕΡΙΛΗΨΗ……36

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……37-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Βασικά χαρακτηριστικά του Ελληνικού συστήματος υγείας …….....39-40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οργάνωση και δομή Ελληνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα ……41-44

α. Οργάνωση του ΕΣΥ……45

β. Πρωτοβάθμια περίθαλψη……45

γ. Δευτεροβάθμια περίθαλψη……...46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Στελέχωση του ΕΣΥ-Ανθρώπινο δυναμικό……47-54

α. Ιατρική Υπηρεσία ……..49

β. Νοσηλευτική Υπηρεσία……..50

γ. Διοικητική Υπηρεσία ……52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας…….55-61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα……62-63

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ:ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ……64-75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ……64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……..65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Καταγραφή του θεσμικού πλαισίου…….66-67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οργανωτικό πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομείων……..68-70

α. Ιατρική Υπηρεσία……...68-70

β. Νοσηλευτική Υπηρεσία…….70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οι μεταβολές στο οργανωτικό πλαίσιο των νοσοκομείων από το 2000 μέχρι σήμερα ……..73-74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:Συμπεράσματα……..75

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ……76-77

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……78-79

Γεώργιος Νικολάου

Μεταπτυχιακή εργασία που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του Τίτλου του Προγράμματος «Δημόσια Διοίκηση» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Πανεπιστημίου Νεάπολις Κύπρου.

Εγκεκριμένο από την εξεταστική επιτροπή

Ιδιότητα Μέλους Εισηγητικής Επιτροπής	Ερευνητικός Σύμβουλος	Μέλος 1 Εισηγητής
Υπογραφή	_____	_____
Όνομα	_____	_____
Ημερομηνία	_____/_____/_____	_____/_____/_____

Κύπρος 2017

Copyright ©2017,Γεώργιος Νικολάου

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γεώργιος Νικολάου

«**Το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομείων στην Ελλάδα από το 2000 μέχρι σήμερα»**

(Υπό την επίβλεψη του Δρ. Ιωάννη Ν.Βλάσση)

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της λειτουργίας των νοσοκομείων στην Ελλάδα από το 2000 μέχρι σήμερα.

Τα ερευνητικά ζητούμενα συντάχθηκαν με βάση τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης και είναι τα εξής:

1.Οι μορφές των συστημάτων υγείας και πως αυτές υιοθετούνται στην Ελλάδα.

2. Το ελληνικό σύστημα υγείας, ποιους στόχους έχει, πως οργανώνεται και αν μπορεί να ικανοποίηση των Έλληνα πολίτη.

3. Η καταγραφή του θεσμικού πλαισίου που διέπει την λειτουργία των νοσοκομείων, το οργανωτικό πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομείων και οι μεταβολές στο οργανωτικό πλαίσιο των νοσοκομείων από το 2000 μέχρι και σήμερα.

Η μέθοδος που εφαρμόστηκε στη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση όλων των πηγών που σχετίζονται με το ελληνικό σύστημα υγείας. Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας έγινε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google και αφορούσε την χρονική περίοδο 2000-2015, θέτοντας κριτήρια επιλογής για την ένταξη τους στη μελέτη. Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι πιο κάτω λέξεις κλειδιά: ελληνικό σύστημα υγείας, οργάνωση και δομή ελληνικού συστήματος, θεσμικό πλαίσιο, νόμοι, ιατρική υπηρεσία, νοσηλευτική υπηρεσίας.

Το γενικότερο συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χρειάζεται συνεχώς βελτίωση, ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σύγχρονου πολίτη. Πιο συγκεκριμένα από το πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο πολίτης σε Κύπρο και Ελλάδα αναζητά ένα σύστημα υγείας που θα μπορεί να του προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες

υγείας, όπως επαρκή ενημέρωση, πρόληψη ασθενειών, αποτελεσματική θεραπεία καθώς και ψυχολογική υποστήριξη. Βασική όμως προϋπόθεση είναι ο πολίτης να μην επωμίζεται αυξημένα κόστη στον τομέας της υγείας. Στο δεύτερο μέρος που επικεντρώνεται στο ελληνικό σύστημα διαπιστώνεται ότι η ποιότητα του συστήματος καθορίζεται από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας και την κάλυψη των δαπανών του σχεδίου αυτού. Τα τρία αυτά σημεία αποτελούν και τα υποσυστήματα στα οποία διαιρείται ένα σύστημα υγείας γενικότερα. Επίσης, σε αυτό το μέρος εντοπίζονται τα προβλήματα που παρουσιάζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα που είναι κυρίως, οικονομικά θέματα, θέματα μη αποτελεσματικότητας και θέματα που αφορούν την μη ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος περιγράφεται η δομή και οι αρμοδιότητες των υπευθύνων τις κάθε υπηρεσίας υγείας και πως αυτές έχουν αλλάξει ώστε να μπορεί το σύστημα υγεία να ικανοποιήσει τους πολίτες του. Οι κατά τόπους αρμόδιοι καλούνται να εξελιχθούν τόσο σε μορφωτικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο ώστε να αποδώσουν το μέγιστο δυνατόν.

ABSTRACT

«The institutional framework for the operation of Greek hospitals from 2000 until today»

(Under the supervision of Dr. Ioannis N.Vlassis)

The purpose of this systematic bibliographic review is to present the institutional framework for the operation of hospitals in Greece from 2000 until today.
The research questions were drafted according to the purpose and objectives of the study and are as follows:
1. The forms of health systems and how they are adopted in Greece.
2. The Greek health system, what goals it has, how it is organized and whether it can satisfy the Greek citizen.
3. The recording of the institutional framework governing the operation of hospitals, the organizational framework for the operation of hospitals and the changes in the organizational framework of hospitals from 2000 until today.

The method used to conduct this study was the systematic review of all sources related to the Greek health system. The search for the relevant bibliography was done in the Google electronic database and related to the period 2000-2015, setting selection criteria for their inclusion in the study. For the research of the bibliography the following key words were used: greek health system, organisation and structure of the greek health system, institutional framework, laws medical service, nursing service.

The structure of the research has three parts, the first part includes the forms of health systems, how they are compared and how they are adopted in Greek and Cypriot reality, the second part consists of the description of the Greek health system and the third and final part focuses on the institutional framework of the operation of Greek hospitals.

The general conclusion that we can come to, from the bibliographic review is that the Greek health system, needs constant improvement, in order to respond to the requirements of the citizens.

More specifically, from the first part of the present research, we conclude that the citizen in Cyprus and Greece, is looking for a health system that can offer him a high level of health services, like information, disease prevention, efficient treatment and psychological support. A basic requirement is that the citizen does not to take on increased costs in the health sector.

☒ From the second part which focuses on the Greek system, it is established that the quality of the system is determined by the health of the population, the health services and the costs of this proje

These three are also the subsystems in which a health system is divided in general. This section also identifies the problems that the health system has in Greece, which are mainly economic issues, issues of inefficiency and issues concerning the non-satisfaction of the Greek citizen.

The third and final part describes the structure and responsibilities of the managers of every health care service and how they have changed to make the health system satisfy its citizens. Local officials are called upon to evolve both at an educational level and in a practical level, in order to do their utmost.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον καθηγητή και συντονιστή Δρ. Ιωάννη Ν. Βλάσση που με τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές του με βοήθησε να εκπονήσω την μεταπτυχιακή μου εργασία.

Θα την παράλειψη μου να μην ευχαριστήσω την οικογένεια μου που όλο αυτό τον καιρό ήταν στο πλευρό μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους. Ο Λιαρόπουλος (2007) θεωρεί ότι το σύστημα είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και από τη νοοτροπία που επικρατούσε σ' όλη τη δημόσια διοίκηση. Ο πελατειακός χαρακτήρας του ελληνικού κράτους αφορά και το σύστημα υγείας. Λόγω της στενής σχέσης με την εκάστοτε πολιτική εξουσία το σύστημα υγείας στερείται διοικητικά και οργανωτικά.

Ο μέσος έλληνας πολίτης δεν είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανισότητα στις παροχές. Πολίτες ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά Ταμεία έχουν διαφορετικές ασφαλιστικές παροχές. Ταυτόχρονα το σύστημα υγείας εμφανίζει τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν σημαντικά και τη συνολική δημοσιονομική κατάσταση της χώρας.

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Δημόσια Διοίκηση» του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου κατά της ακαδημαϊκές χρονιές 2015-2017.

Ο επιβλέπων καθηγητής της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης ήταν ο Δρ. Ιωάννης Ν. Βλάσσης και το θέμα αφορούσε «Το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας των νοσοκομείων στην Ελλάδα από το 2000 μέχρι σήμερα».

Στην εισαγωγή της εργασίας περιλαμβάνεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ώστε να συλλεχθούν τα άρθρα, να μελετηθούν και να ενταχθούν στη μελέτη. Επίσης περιγράφεται και η στρατηγική αναζήτησης με τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η παρούσα μελέτη είναι χωρισμένη σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τις μορφές των συστημάτων υγείας, το δεύτερο το ελληνικό σύστημα υγείας και το τρίτο το θεσμικό πλαίσιο των νοσοκομείων της Ελλάδας.

Στο πρώτο μέρος περιγράφονται οι μορφές των συστημάτων υγείας και πως αυτές υιοθετούνται σε Κύπρο και Ελλάδα.

Στο δεύτερο μέρος αναλύονται τα χαρακτηριστικά του Ελληνικού συστήματος, η οργάνωση και η δομή, η στελέχωση και η χρηματοδότηση του.

Στο τρίτο μέρος παρουσιάζεται το θεσμικό πλαίσιο που διέπει το ελληνικό σύστημα και πως αυτό έχει διαμορφωθεί από το 2000 μέχρι και σήμερα.

Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στρατηγική αναζήτησης:

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google με λέξεις κλειδιά: σύστημα υγείας, ελληνικό σύστημα υγείας, στόχοι, χρηματοδότηση, θεσμικό πλαίσιο, δομή του συστήματος, ιατρική υπηρεσία, νοσηλευτική υπηρεσία. Επίσης αναζητήθηκαν και πληροφορίες από βιβλία σχετικά με το ελληνικό σύστημα υγείας.

Η αναζήτηση στηρίχθηκε στα πιο κάτω κριτήρια επιλογής:

1. Γλώσσα: βιβλία, άρθρα, έρευνες, μελέτες, εφημερίδες δημοσιευμένα στην Ελληνική γλώσσα.
2. Χρόνος: βιβλία, άρθρα, έρευνες, μελέτες, εφημερίδες που δημοσιεύθηκαν από το 2000 μέχρι σήμερα.
3. Είδος: όλων των ειδών βιβλία, άρθρα, έρευνες, μελέτες, εφημερίδες.

Αφού έγινε η αναζήτηση συγκεντρώθηκαν διάφορες πηγές, από τις οποίες κάποιες εντάχθηκαν στην εργασία και κάποιες απορρίφθηκαν. Κάποια από τα άρθρα/βιβλία/έρευνες απορρίφθηκαν είτε λόγω της χρονολογίας κατά την οποία συντάχθηκαν είτε λόγω του περιεχομένου.

Κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού μελετών:

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ή απόρριψη ήταν:

1. Οι μελέτες και τα άρθρα να είναι από έγκυρα επιστημονικά περιοδικά που σχετίζονται με κλάδους της ιατρικής.
2. Μελέτες και άρθρα που να έχουν εκδοθεί από το 2000 μέχρι σήμερα.
3. Αποκλειστήκαν πηγές οι οποίες δεν σχετίζονταν με το θέμα της παρούσας εργασίας.

Δομή:

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε τρία μέρη:

1. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις μορφές των συστημάτων υγείας, πώς συγκρίνονται και πώς υιοθετούνται σε ελληνική και κυπριακή πραγματικότητα και αποτελείται από εφτά κεφάλαια.

2. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από την περιγραφή του ελληνικού συστήματος υγείας και περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια.

3. Το τρίτο και τελευταίο μέρος επικεντρώνεται στο θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων και αποτελείται από 4 κεφάλαια.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΩΣ ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΥΙΟΘΕΤΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Περίληψη:

Βασικός σκοπός του μέρους αυτού είναι να παρουσιάσει τις τρεις μορφές συστημάτων και να τις συγκρίνει μεταξύ τους αφού εντοπιστούν τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα του κάθε συστήματος ξεχωριστά. Επίσης στο μέρος αυτό θα γίνει παρουσίαση τόσο του κυπριακού όσο και του ελληνικού συστήματος υγείας.

Στην εισαγωγή γίνεται αναφορά στον ορισμό του συστήματος υγείας και πως αυτός έχει διατυπωθεί από διάφορους συγγραφείς και αρθρογράφους. Επίσης. Περιγράφονται τα είδη των συστημάτων υγείας που υπάρχουν.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και επεξηγούνται τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας σε σχέση με άλλα συστήματα υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι μορφές των συστημάτων υγείας. Το κεφάλαιο αυτό χωρίζεται σε τρεις υποενότητες: το φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα, το δημόσιο ή εθνικό σύστημα και το μεικτό σύστημα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας, πιο συγκεκριμένα αναλύονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των τριών συστημάτων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται το ελληνικό σύστημα υγείας. Στην πρώτη υποενότητα αναλύονται τα βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας, στην δεύτερη και τρίτη υποενότητα παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αντίστοιχα. Στην τέταρτη και τελευταία υποενότητα περιγράφονται οι τάσεις του ελληνικού συστήματος.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται το ελληνικό σύστημα υγείας, τα βασικά του στοιχεία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα και οι τάσεις.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο κυπριακό σύστημα υγείας.

Στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο εξάγονται κάποια βασικά συμπεράσματα που αφορούν τα συστήματα υγείας που εφαρμόζονται σε Κύπρο και Ελλάδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συστήματα Υγείας:

Η έννοια του συστήματος υγείας δεν διαφέρει από την κλασσική θεώρηση των επιστημών διοίκησης. Έτσι το σύστημα υγείας είναι το σύνολο των διαθέσιμων πόρων και διοικητικών προτύπων που απαιτούνται έτσι ώστε όταν εφαρμοστούν τα συγκεκριμένα πρότυπα για την διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, παρέχονται υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη βελτίωση ή διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Σύστημα υγείας είναι δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι πόροι που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας με σκοπό την βελτίωση και διατήρηση του ψηλού επιπέδου υγεία του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην σύγχρονη κοινωνία βοηθώντας τους πολίτες να διατηρούν/βελτιώνουν την ποιότητα της υγείας τους.

Σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η προαγωγή και διατήρηση της υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Ακόμα σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρωπίνων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών, στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Το σύστημα υγείας οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα, ξεκινώντας από την πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας και καταλήγοντας στο κεντρικό επίπεδο (τοπικό-επαρχιακό-περιφεριακό).

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε φιλελεύθερα, μεικτά και εθνικά (δημόσια).

Τα φιλελεύθερα συστήματα βασίζονται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών. Λειτουργούν με τις δυνάμεις της αγοράς και την μικρότερη συνεισφορά του κράτους. Οι τιμές καθορίζονται από την προσφορά και την ζήτηση. Η κάλυψη των ασθενών εξαρτάται από την δυνατότητα τους να πληρώσουν. Το σύστημα αυτό εξασφαλίζει στον ασθενή το

δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και στον γιατρό, το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και καθορισμού της τιμής. Τέτοιο σύστημα χρησιμοποιούν οι Η.Π.Α.

Τα μεικτά συστήματα στηρίζονται στον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας/ασθενείας όπου γίνονται εισφορές από τους ασθενείς (ασφαλιζόμενους) αναλόγως των εισοδημάτων τους. Το κράτος παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο συμπληρώνοντας τα κενά (χρηματοδοτικά) των κοινωνικών ασφαλίσεων, εξασφαλίζοντας σε όλο των πληθυσμό, ένα επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα αυτά, χρησιμοποιούν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Στα εθνικά σχέδια υγείας (δημόσια) το κράτος εγγυάται ένα επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες και παρεμβαίνει σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος υγείας. Το κράτος έχει τον άμεσο έλεγχο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας όπου υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών, χωρίς επιβάρυνση.

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τα τρία υποσυστήματα, τα οποία αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται μεταξύ τους.

<u>Αυτά τα υποσυστήματα είναι:</u>

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του
2. Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας
3. Η παραγωγή / κάλυψης των δαπανών του σχεδίου

(Γείτονα, Γεωργούση, Κυριόπουλος, Οικονόμου)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας έχει κάποια κύρια χαρακτηριστικά. Αυτά είναι:

1) Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό 24 ώρες το 24ωρο χωρίς χρονικούς περιορισμούς.

2) Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Κάθε άτομο ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικής θέσης, έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας.

3) Συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών: Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του, όχι μόνο στο στάδιο της θεραπείας, αλλά πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου.

4) Ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών: Η ισότητα έχει δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς. Ο πρώτος αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα) και ο δεύτερος αφορά την άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων (μη-ίσων) ατόμων (κάθετη ισότητα).

5) Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος: Κάθε σύστημα υγείας, δίνει βαρύτητα στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας. Μερικά συστήματα έχουν ως επίκεντρο την δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειοκεντρικό σύστημα) όπου εστιάζουν στην θεραπεία της νόσου και άλλα συστήματα, έχουν ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και εστιάζουν στην πρόληψη και στην αποκατάσταση μετά την θεραπεία.

(Σούλλης, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Τα συστήματα υγείας είναι συστήματα στα οποία καταγράφεται η μεγαλύτερη κρατική παρέμβαση μετά από αυτά της Εθνικής Αμυνας και της Παιδείας. Η παρέμβαση γίνεται σε επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης, παραγωγής και διανομής, τιμολόγησης και χρηματοδότησης. Τα Συστήματα υγείας είναι συστήματα στα οποία δεν λειτουργούν οι νόμοι της αγοράς αφού οι υπηρεσίες συνδέονται με το αγαθό υγεία και στη συγκεκριμένη αγορά, δεν υπάρχει κυριαρχία του "καταναλωτή" όπως σε όλες τις ανταγωνιστικές αγορές. Ο ρόλος του καταναλωτή, μοιράζεται μεταξύ γιατρού και ασθενή. Ο ασθενής είναι μεν καταναλωτής υπηρεσιών, πλην όμως δεδομένης της αδυναμίας του να έχει πλήρη πληροφόρηση για να κάνει αξιολογικές κρίσεις και επιλογές, δεν μπορεί να αποφασίσει για το "δέο γενέσθαι" και έτσι εκχωρεί το δικαίωμα αυτό στον γιατρό.

Τα Συστήματα υγείας, βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στον συντελεστή εργασία και γι' αυτό θεωρούνται εντάσεως εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό τείνει να απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των οικονομικών πόρων και τα Συστήματα υγείας τείνουν να κοστίζουν ολοένα και περισσότερο όσο αυξάνει η αμοιβή εργασίας.

Τα Συστήματα υγείας είναι πλέον σύνθετα και πολύπλοκα διότι διαχειρίζονται ανθρώπινες ζωές, απορροφούν πολλούς πόρους, απαιτούν τη χρήση εξειδικευμένων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης, ειδική αξιοποίηση των πόρων, ειδική διαχείριση των ασθενών μέσα στο σύστημα, πλήρη αρχεία καταγραφής ασθενών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Η απλή δημόσια διοίκηση δεν είναι αρκετή. Σύγχρονα μοντέλα διοίκησης προωθούνται, που ενισχύουν τον ανταγωνισμό, την κλινική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, την παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας κλπ. (Βλάσσης)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΣΥΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχουμε προαναφέρει το σύστημα υγείας έχει τρεις μορφές οι οποίες είναι οι πιο κάτω:

1. Το φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα
2. Το δημόσιο ή εθνικό σύστημα
3. Το μεικτό σύστημα

α. Το φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα:

Το σύστημα αυτό βασίζεται στην πλήρη ελευθερία των γιατρών και των ασθενών. Λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών καθώς και οι τιμές, καθορίζονται από την προσφορά και τη ζήτηση.

Η κάλυψη των ασθενών εξαρτάται από τη δυνατότητα του ασθενή να πληρώσει. Το φιλελεύθερο σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και καθορισμού της τιμής.

Στο σύστημα αυτό επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη, αποτελεί προσωπική και ελεύθερη επιλογή του καθενός. Ο καθένας είναι ελεύθερος ν΄ αποφασίσει αν θα ασφαλιστεί ατομικά σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και να πληρώνει κάποιο ασφάλιστρο ή να ασφαλιστεί μέσω του εργοδότη του, ο οποίος μπορεί να του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσόν του ασφαλίστρου. Άτομα τα οποία επιλέγουν να μην ασφαλιστούν (άνεργοι, φτωχοί, κλπ) είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν το κόστος νοσηλείας από το εισόδημα τους όταν κι εφόσον χρειαστούν τις υπηρεσίες υγείας, ιδιωτικές ή κρατικές.

Επίσης επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος, εστιάζεται κυρίως στην θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και σπάνια ασχολείται με την πρόληψη και αποθεραπεία εκτός νοσοκομείου (Σαρρής, Σούλης , 2001).

β. Το δημόσιο ή εθνικό σύστημα

Το δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Στο σύστημα αυτό που είναι αντίθετο του ιδιωτικού, υπάρχει αυξημένη κρατική παρέμβαση. Το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες έχοντας έντονη παρέμβαση. Οι συντελεστές παραγωγής μπορεί ν΄ ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες.

Τα δημόσια συστήματα χωρίζονται σ΄ αυτά που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck) και σ΄ αυτά που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Κανένα δημόσιο σύστημα δεν χρηματοδοτείται μόνο από την μια πηγή. Υπάρχουν δημόσια συστήματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από τη μια ή κυρίως από την άλλη πηγή π.χ. κρατικό προϋπολογισμό.

<u>Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος υγείας</u>

(1) Καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.
(2) Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρικό στόχο και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
(3) Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρωπίνων και υλικών πόρων.
(4) Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση.
(5) Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων και κοινωνικού ελέγχου.
(Σαρρής, Σούλης , 2001)

γ. Δημόσια συστήματα υγείας - μοντέλο BISMARCK:

Στη Γερμανία υπήρχαν κοινωνικές συγκρούσεις, διεκδικήσεις μισθών και το αίτημα κάλυψης απ΄ αυτούς τους κινδύνους. Ο Bismarck αναγγέλλει επαναστάσεις και κοινωνικές συγκρούσεις, μιλώντας για ένα θεσμικό πλαίσιο κοινωνικών ασφαλίσεων. Με νόμο διαμορφώνει το ποσοστό της συνεισφοράς του εργοδότη και του εργαζομένου. Η κάλυψη γίνεται με επιλεκτικότητα, δηλαδή ανά επαγγελματικές οργανώσεις.

Ο Bismarck πείθει τους επαγγελματίες να συμμετάσχουν κι έτσι εξασφαλίζει την αναγκαία προσφορά για κάλυψη, ώστε ν΄ αποφευχθούν οι κοινωνικές συγκρούσεις. Στο μοντέλο αυτό η κάλυψη γίνεται ανά επαγγελματική οργάνωση, η χρηματοδότηση καταβάλλεται από τους εργοδότες και εργαζομένους και η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία (Λαζαρίδου).

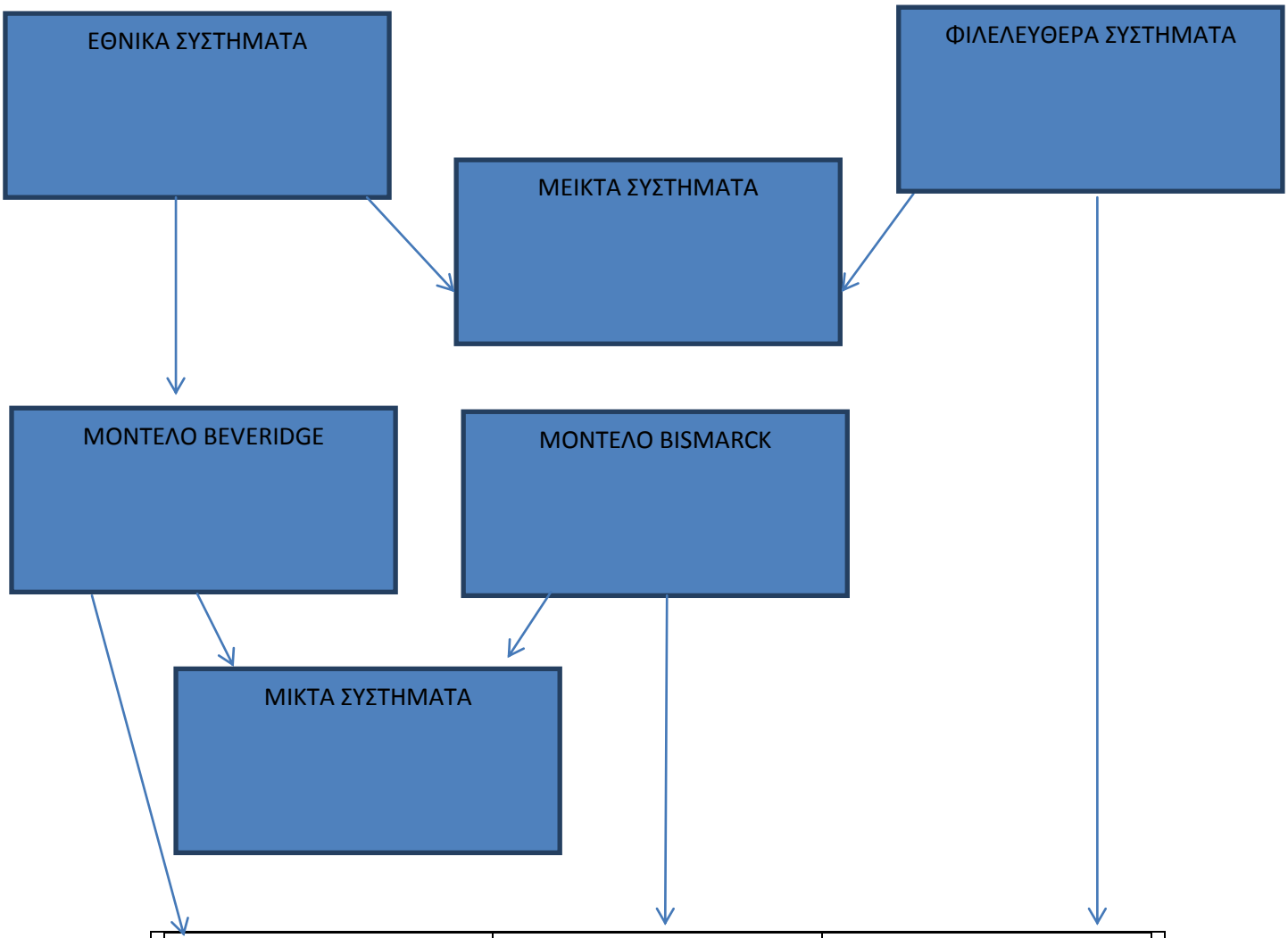
δ. Δημόσια συστήματα υγείας – μοντέλο BEVERIDGE:

Η προσπάθεια του Beveridge ήταν να συνδέσει την οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και να εισάγει μια γενική προστασία για τους πολίτες. Πίστευε ότι τα προληπτικά κοινωνικά μέτρα θα πρέπει να εισαχθούν για να ανακουφίσουν τα άτομα από τη φτώχεια, σε διάφορες στιγμές της ζωής τους.

Το θεσμικό πλαίσιο αυτού του μοντέλου είναι ο κρατικός παρεμβατισμός. Στο νέο σύστημα Beveridge, η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος) η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο (Λαζαρίδου).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό με τη βοήθεια της φορολογίας, ή άλλων πόρων (οικονομικών). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό, ασχέτως του ατομικού δικαιώματος του πολίτη και για αυτό το κράτος υποχρεούται να παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας (Σαρρής, Σούλης , 2001).

ε. Διαγράμματα εθνικών και φιλελεύθερων συστημάτων:



• Υποχρεωτική ασφάλιση	• Υποχρεωτική ασφάλιση	• Εθελοντική ασφάλιση
• Ισότιμη και καθολική κάλυψη	• Διαφορετικές υγειονομικές καλύψεις	• Διαφορετικές υγειονομικές καλύψεις
• Αυξημένη κρατική παρέμβαση	• Συλλογικότητα, κοινωνική συναίνεση και αλληλεγγύη	• Ανταγωνιστικό περιβάλλον
• Υποδομές κυρίως δημόσιες	• Υποδομές δημόσιες και ιδιωτικές	• Περιορισμένη κρατική παρέμβαση
• Χρηματοδότηση από κρατικό προυπολογισμό	• Χρηματοδότηση από ασφαλιστικά ταμεία	• Υποδομές ιδιωτικές
		• Χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές

(Θεοδώρου, 2000)

στ. Το μεικτό σύστημα υγείας:

Το μεικτό σύστημα υγείας είναι κάτι μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου συστήματος. Τα συστήματα αυτά βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση και υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης (μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού) η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές π.χ. αποκοπή μισθών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και άλλα συναφή σχέδια υγείας. Οι εισφορές / αποκοπές αυτές, υπολογίζονται βάση της οικονομικής δυνατότητας τους καθενός και όχι με βάση τις ανάγκες υγείας που έχει.

Το κράτος παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο καθορίζοντας τις στρατηγικές, παίζοντας σημαντικό ρόλο στην οργάνωση και διοίκηση. Επίσης το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας σε όλο τον πληθυσμό, ένα επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Στα μεικτά συστήματα υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών.

Τα τελευταία χρόνια έχει φανεί ότι τέτοιου είδους συστήματα, έχουν διασφαλίσει ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμούς διατηρώντας και τα χαρακτηριστικά ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, με λογικό κόστος (Σαρρής, Σούλης , 2001).

Πάντως, τα μεικτά συστήματα υιοθετούν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Για να μπορέσουμε να συγκρίνουμε τα τρία αυτά συστήματα υγείας (Φιλελεύθερο Δημόσιο-Μεικτό) θα πρέπει να αναλύσουμε προσεκτικά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που συναντάμε σε κάθε σύστημα.

α. Πλεονεκτήματα Φιλελεύθερου Συστήματος – Ιδιωτικής Ασφάλισης:

1. Το πιο βασικό πλεονέκτημα είναι η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει τον γιατρό / κέντρο υγείας που επιθυμεί.
2. Επίσης όσον αφορά τους γιατρούς, με το σύστημα αυτό έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης, δημιουργία ιδιόκτητου ιατρείου και καθορισμού της τιμής ανά ιατρική επίσκεψη. Επίσης μπορούν να έχουν το δικό τους ωράριο χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να λογοδοτήσουν κάπου.
3. Υπάρχει βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας λόγω της ενίσχυσης του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών γιατρών που προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας.

β. Μειονεκτήματα Φιλελεύθερου Συστήματος:

1. Εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή.
2. Αύξηση της προκλητικής ζήτησης από την πλευρά των γιατρών με αποτέλεσμα την αύξηση των άσκοπων επισκέψεων, εξετάσεων, εγχειρήσεων.
3. Δεν υπάρχει καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.
4. Δεν υπάρχει η κοινωνική αλληλεγγύη και γενικά το σύστημα αυτό είναι άδικο για τον πληθυσμό.

5. Επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος, εστιάζεται κυρίως στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση και όχι στην πρόληψη.

www.econ.uoi.gr/eeokp/...igias/ili.../kefalaio2.pdf

γ. Πλεονεκτήματα Δημόσιου Συστήματος Υγείας

Είναι περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό από το φιλελεύθερο.

1. Διασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης προς όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

2. Λόγω της ενιαίας κρατικής χρηματοδότησης, το κράτος παρεμβαίνει και γι΄ αυτό υπάρχει αυστηρός έλεγχος στις δαπάνες, αποτελεσματική διαχείριση και βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

3. Προτεραιότητα του συστήματος αυτού είναι πρόληψη και άριστη παροχή υπηρεσιών υγείας και όχι η θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση που έχει σαν προτεραιότητα το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης / φιλελεύθερο.

4. Υπάρχει καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.

5. Επειδή το σύστημα αυτό δεν έχει να κάνει με το χρήμα / κέρδος (κρατική χρηματοδότηση) και έτσι δεν υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των γιατρών όπως στο ιδιωτικό σύστημα, υπάρχει καλή συνεργασία των γιατρών με αποτέλεσμα την παροχή άριστων υπηρεσιών προς τους πολίτες.

δ. Μειονεκτήματα Δημόσιου Συστήματος Υγείας:

1. Εμφάνιση γραφειοκρατίας που εμποδίζει την ποιοτική άσκηση της ιατρικής κι επιβαρύνει τις υπηρεσίες υγείας με περισσότερες εργασίες.

2. Εμφανίζονται μακριές λίστες αναμονής διότι μπαίνουν πρώτα τα πιο επείγοντα περιστατικά και μετά τα άλλα. Δεν παίζει κανένα ρόλο η οικονομική δυνατότητα του πολίτη.

3. Επίσης δεν υπάρχει ελεύθερη επιλογή γιατρών ή νοσηλευτικού ιδρύματος από τον ασθενή όπως γίνεται στο ιδιωτικό σύστημα / φιλελεύθερο.

(Σαρρής, Σούλης , 2001).

ε. Πλεονεκτήματα Μεικτού Συστήματος Υγείας:

1. Το σύστημα αυτό διασφαλίζει ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στον πληθυσμό, μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης.

2. Οι εισφορές του πληθυσμού στις κοινωνικές ασφαλίσεις, υπολογίζονται σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός. Έτσι και με την παρέμβαση του κράτους (σχεδιασμός-χρηματοδότηση) οι πολίτες απολαμβάνουν ένα ελάχιστο αριθμό υπηρεσιών υγείας.

στ. Μειονεκτήματα Μεικτού Συστήματος Υγείας:

1. Μπορεί οι παροχές υγείας να διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το ταμείο ασφάλισης του.

2. Στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων, το μεικτό σύστημα, ασφαλίζει μόνο τους επαγγελματίες (λόγω των διαφόρων σχεδίων αποκοπών κοινωνικών ασφαλίσεων).

(Καλογερόπουλος, Μουρδουκούτα, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Δηλαδή έχει στοιχεία τόσο από το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης όσο και από το δημόσιο Εθνικό σύστημα.

α. Βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας:

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Κυρίως βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Είναι μεικτό διότι ένα μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη) προέρχεται από την φορολογία (Κρατικό Προϋπολογισμό) . Ακόμη, υπάρχει αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικούς τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το Ελληνικό σύστημα υγείας ιδρύθηκε το 1983 από την κυβέρνηση Ανδρέα Παπανδρέου στα πλαίσια της μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Οι βασικοί στόχοι του ήταν:

(α) Η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού.

(β) Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

(γ) Η αποκέντρωση του σχεδιασμού.

(δ) Η βελτίωση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Αρμόδιο Υπουργείο για την ανάπτυξη των πολιτικών Υγείας στην Ελλάδα, είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης. Η μεταρρύθμιση αυτή, εισήχθη με τον νόμο 1397/83.

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι χρηματοδότησης είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες αυτές, αμείβονται με μισθό. Οι εργαζόμενοι των ασφαλιστικών ταμείων, πληρώνονται από τα ταμεία αυτά.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι:

1. Είναι μεικτό σύστημα.
2. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
3. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.
4. Οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε).
5. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας.
6. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
7. Οι αμοιβές νοσοκομειακών γιατρών γίνονται με μισθό και των ιδιωτών γιατρών κατά υπηρεσία.
8. Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από την φορολογία και από ≥πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης των ιδιωτών.

(https://el.m.wikipedia.org>wiki>Εθνικό Σύστημα Υγείας, www.econ.uoi.gr>eeokp>kefalaio 2)

β. Βασικά πλεονεκτήματα του Ελληνικού συστήματος Υγείας:

1. Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας.
2. Πλήρης κάλυψη Πληθυσμού.
3. Εμφαση στην νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.
4. Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος.
5. Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

(www.econ.uoi.gr>eekp>kefalaio 2)

γ. <u>Βασικά μειονεκτήματα του Ελληνικού συστήματος Υγείας</u>

1. Υψηλές δαπάνες υγείας.
2. Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
3. Περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού από τους ασθενείς.
4. Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού.
5. Ατυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών Υγείας και λίστες αναμονής ασθενών.

(www.econ.uoi.gr>eekp>kefalaio 2)

δ. Τάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας:

Το Ελληνικό σύστημα Υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τρία σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την υπόσταση του και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα αυτά, είναι:

1. Τα οικονομικά-δημοσιονομικά του συστήματος. Ο τρόπος χρέωσης των υπηρεσιών υγείας (χαμηλότερα από το πραγματικό κόστος) οι υπερκοστολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων (λόγω φοροδιαφυγής και αδήλωτης εργασίας, έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στον χώρο της υγείας. Είναι απαραίτητο το σύστημα να πετύχει την οικονομική του βιωσιμότητα γιατί αλλιώς κινδυνεύει η υπόσταση του και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

2. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος. Δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι, εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας.

3. Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του Ελληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητο από τα δύο προηγούμενα, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει ολοένα η δυσαρέσκεια του πολίτη. Αν δεν λάβουμε υπόψη μας και τις μη νόμιμες μεθόδους που εφαρμόζονται π.χ. “φακελάκι” αλλά και το ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί, κατανοούμε το ποσό απογοητευμένος είναι ο πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στις μέρες μας, αυτή η υπόθεση με τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας και γενικά την παροχή παντός είδους υπηρεσιών υγείας, έχει αλλάξει / διαφοροποιηθεί σημαντικά από τα πιο παλιά χρόνια.

Σήμερα, λόγω τόσο των πολλών και δύσκολων ασθενειών και κυρίως λόγω και της άσχημης οικονομικής κατάστασης που χαρακτηρίζει τους πλείστους πολίτες στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες αυτούς και γενικά τα συστήματα υγείας πρέπει να τύχουν κάποιας αλλαγής / διαμόρφωσης και εκσυγχρονισμού.

Ο πολίτης σήμερα, αναζητά νοσοκομεία / κέντρα υγείας και γενικά αναζητά ένα σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες υγείας που έχει.

Ένα σύστημα υγείας που θα μπορεί να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, ενημέρωση των πολιτών, πρόληψη ασθενειών, αποτελεσματική θεραπεία καθώς και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών τόσο εντός όσο κι εκτός νοσοκομείων. Ακόμη, ο πολίτης αναζητά ένα σύστημα υγείας το οποίο θα του προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας χωρίς ο ίδιος να βάλει το χέρι στην τσέπη του, πιο βαθιά από όσο χρειάζεται δηλαδή περισσότερο από ότι του επιτρέπουν οι οικονομικές του δυνατότητες (Σαρρής, Σούλης , 2001).

Μέσα από αυτή την εργασία, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η ποιότητα ενός συστήματος υγείας, φαίνεται από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, και την κάλυψη των δαπανών του σχεδίου αυτού. Τα τρία πιο πάνω αποτελούν και τα υποσυστήματα στα οποία διαιρείται ένα σύστημα υγείας.

Όσον αφορά τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην υγεία, πρέπει να υπάρχει σωστή αναλογία μεταξύ τους και να υπάρχει συνεργασία και παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει η ευκαιρία πρόσβασης όλων των πολιτών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.

Τα προβλήματα που υπάρχουν σήμερα στα συστήματα της υγείας Ελλάδας είναι αρκετά και διάφορα. Το Ελληνικό σύστημα όπως είδαμε, παρουσιάζει τα δικά του προβλήματα:

1. Οικονομικά-δημοσιονομικά

2. Μη Αποτελεσματική λειτουργία
3. Μη Ικανοποίηση του Ελληνα πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας

Αυτά τα σημαντικά προβλήματα τα οποία έχουν δημιουργηθεί διαχρονικά από το 1983 που δημιουργήθηκε το Ελληνικό σύστημα υγείας, θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την υπόσταση του συστήματος υγείας καθώς και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Οι διαφορές υπερχρεώσεις που γίνονται σε αγορές νοσοκομειακού υλικού, οι σπατάλες, η μείωση των εσόδων (π.χ. λόγω φοροδιαφυγής) η γραφειοκρατία (που δεν επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση του Έλληνα πολίτη στο σύστημα) ολοένα και αυξάνουν την δυσαρέσκεια του πολίτη όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και τον κίνδυνο τυχόν μελλοντικής κατάρρευσης του συστήματος.

Όλα αυτά θα πρέπει να προσεχθούν σοβαρά, ειδικά τον τελευταίο καιρό που λόγω και της τεράστιας οικονομικής κρίσης, τα πράγματα έχουν γίνει ακόμη πιο δύσκολα.

Σε κάθε κράτος ο πολίτης έχει το δικαίωμα να αρρωστήσει. Υποχρέωση του κράτους αυτού, είναι βρει τον τρόπο να παρέχει στον πολίτη, την μέγιστη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας όμως πάντοτε υπόψη του το οικονομικό βάρος το οποίο μπορεί να σηκώσει ο πολίτης αυτό (που θα δεχτεί τις υπηρεσίες αυτές) αναλόγως των πραγματικών οικονομικών του δυνατοτήτων.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Περίληψη:

Στο παρόν μέρος της εργασίας θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε τον Ελληνικό σύστημα Υγείας από τον καιρό που ιδρύθηκε. Θα αναλύσουμε τους στόχους του, που οργανώνεται, από πού χρηματοδοτείται και αν ικανοποιεί τις ανάγκες του Έλληνα Πολίτη. Επιπρόσθετα θα μελετήσουμε το πώς οργανώνεται το Ελληνικό Σύστημα με ανθρώπινο δυναμικό, ποιοι δικαιούνται κάλυψη και ποιοι όχι.

Στην εισαγωγή περιγράφεται το ελληνικό σύστημα ιστορικά και πως αυτό αρχίζει να έχει την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η δομή του συστήματος υγείας, συγκεκριμένα περιγράφεται: η οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και η δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο τρόπος στελέχωσης του ΕΣΥ σε ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Αναλυτικά περιγράφονται οι τρείς υπηρεσίες υγείας, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα συμπεράσματα που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας του ελληνικού συστήματος

Στο έκτο κεφάλαιο παραθέτονται οι πιο κάτω πίνακες: Υπηρεσίες και ροές στον Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Κατανομή επαγγελματιών Υγείας ανά ειδικότητα, Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης δαπάνης υγείας στην Ελλάδα , Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1990-2007, Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας, Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο Ελληνικό Σύστημα, Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ, 2007 Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας – Ιστορικά

Το Ελληνικό σύστημα υγείας ακολούθησε την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του Ελληνικού κράτους μετά τον Β Παγκόσμιο πόλεμο. Έτσι, αντίθετα με την πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χώρων, η Ελλάδα αδυνατεί να τις ακολουθήσει στην πολιτική ανάπτυξη του τομέα της υγείας. Στην αναπτυξιακή και μεταρρυθμιστική φάση στο τομέα της υγείας, η Ελλάδα μπαίνει με την πτώση της δικτατορίας, οπότε και καλλιεργείται ουσιαστικά η βούληση για παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας ώστε να αποκτήσει η χώρα ένα σύστημα υγείας, ανάλογο τω αντίστοιχων των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών. Η ψήφιση του νόμου 1397/83 επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στον τομέα της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος υγείας, που βασίζεται στις αρχές της ισότητας και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, την αποκέντρωση, την δικαιότερη κατανομή πόρων και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Σίσσουρας, 1994).

Μετά τον νόμο του 1983 (1397/1983) το κράτος άρχισε να έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από τον οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

Έγινε προσπάθεια για εφαρμογή ενιαίων αρχών σε ένα ενιαίο σχέδιο.

Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημόσιου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στα νοσοκομεία. Δηλαδή υπήρξε μια τάση θεώρησης της υγείας ως δημόσιο αγαθό.

Με το νόμο αυτό, το Εθνικό Σύστημα Υγείας που δημιουργήθηκε, χαρακτηρίζεται ως μεικτό διότι συνδυάζει από την μια στοιχεία του μοντέλου "Beveridge" και από την άλλη στοιχεία του μοντέλου "Bismarck" και επιτρέπει την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Το ΕΣΥ είναι οργανωμένο για να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε τρεις βαθμίδες:

- <u>Πρωτοβάθμια Περίθαλψη:</u> Τόσο στο κέντρο όσο και στην περιφέρεια που παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία.

- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη: που παρέχεται από τα δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία (Σίσσουρας, 1994).

Η στελέχωση του Ε.Σ.Υ. σε ανθρώπινο δυναμικό, περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, χειριστές, ιατρικών μηχανημάτων κα. Στην νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του υπόλοιπου παραϊατρικού δυναμικού της χώρας. Η αναλογία ιατρών και νοσηλευτών ανά κλίνη, είναι καλύτερη στα νοσοκομεία του ΕΣΥ απ΄ ότι στα ιδιωτικά.

Όσον αφορά στην χρηματοδότηση του ΕΣΥ η κύρια πηγή χρηματοδότησης του είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και τα ασφαλιστικά ταμεία (εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών). Οι δύο πιο πάνω πηγές, καλύπτουν το κόστος λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων και κέντρων υγείας, των υπηρεσιών υγείας, του ΙΚΑ και του συνδεδεμένου με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικού τομέα. Όμως, ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας (περίπου 40%) προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές με μάλιστα αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα αφού βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Ένα μέρος της χρηματοδότησης του σχεδίου, προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές (κυρίως όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη) και ένα άλλο μέρος προέρχεται από την φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας ιδρύθηκε το 1983 από τον Ανδρέα Παπανδρέου. Οι βασικού του στόχοι τότε, ήταν, η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Ο υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα, είναι το Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι χρηματοδότησης, είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες (περίπου το 43%).

Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές, αμείβονται με μισθό, ενώ οι υπάλληλοι των ασφαλιστικών ταμείων, πληρώνονται από τα ίδια τα ταμεία.

Σε γενικές γραμμές τα βασικά χαρακτηριστικά του Ελληνικού συστήματος υγείας είναι:

1 Μεικτό σύστημα
2 Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
3 Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
4 Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)
5 Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας

6 Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία

7 Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία

8 Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

(Καλογεροπούλου ,Μουρδουκούτας 2007)

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι:

1 Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας

2 Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού

3 Εμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

4 Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος

5 Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

1 Υψηλές δαπάνες υγείας

2 Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

3 Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς

4 Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού

5 Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής ασθενών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας, συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (OECD, 1992). Η ύπαρξη διαφορετικών υποσυστημάτων και οργανωτικών μοντέλων σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών συντονισμού, συντελεί σε κατάτμηση και αλληλοεπικαλύψεις της φροντίδας υγείας και δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση του συστήματος καθώς και στο σχεδιασμό και εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, ενσωματώνει σε μεγάλο βαθμό, χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα. Σε σχέση με τον δημόσιο τομέα, στοιχεία του μοντέλου Bismark συνυπάρχουν με στοιχεία του μοντέλου του Beverige (ελληνικό σύστημα υγείας – ιδιωτικός τομέας). Πριν από την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983, η παροχή φροντίδας υγείας ακολούθησε το πρότυπο του Bismark δηλ. της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.

Τα ασφαλιστικά ταμεία συνεχίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, και μέχρι σήμερα ακολουθούσαν δύο υποδείγματα. Το πρώτο περιλάμβανε ταμεία τα οποία είχαν δικές τους ιατρικές δομές, κάλυπταν όλες τις ανάγκες για πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους και απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Το δεύτερο υπόδειγμα αναφερόταν σε ταμεία που δεν διέθεταν δικές τους δομές περίθαλψης αλλά σύναπταν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά, κατά πράξη και περίπτωση, σε προκαθορισμένες συμφωνημένες τιμές. Το ύψος της αποζημίωσης εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών. Παραλλαγή αυτού του υποδείγματος ήταν η περίπτωση όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είχε τη δυνατότητα να επισκεφτεί οποιονδήποτε ιατρό της επιλογής του, να τον πληρώσει με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του ένα προβλεπόμενο ποσοστό του ποσού που είχε καταβάλει, το οποίο και αυτό ήταν προϊόν συμφωνίας μεταξύ των τριών προαναφερθέντων Υπουργείων. Τα παραπάνω δύο υποδείγματα, στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων που επιχειρούνται σήμερα τείνουν να

καταργηθούν και να αντικατασταθούν από τη μέθοδο της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθαλπόμενων δικαιούχων φροντίδας.

Κύριο χαρακτηριστικό του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Στον τομέα της υγείας υπήρχαν διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν κάλυψη. Τα περισσότερα από αυτά ήταν ΝΙΔΔ και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους.

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει έναν αριθμό υγειονομικών παραγωγικών μονάδων οι οποίες συλλειτουργούν και συνυπάρχουν μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ως "σύστημα υγείας" ορίζεται το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Βασίζεται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό την προαγωγή του δικαιώματος της υγείας και κατ΄ επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.

Όπως είπαμε και πιο πάνω το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μικτό σύστημα, με ενσωματωμένα στοιχεία από το μοντέλο του Bismarck (παρουσία κοινωνικής ασφάλισης) και στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge (χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό).

Στον τομέα της ασφάλισης (λειτουργούν περίπου 30 κλάδοι / φορείς ασφάλισης υγείας). Μέσω του τομέα αυτού (της ασφάλισης) εξασφαλίζεται η ασφάλιση υγείας και διασφαλίζεται η ελεύθερη πρόσβαση και δωρεάν χρήση των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου ο τομέας της παροχής (οι υπηρεσίες υγείας) που συντίθεται από (α) τις μονάδες του εθνικού συστήματος υγείας – ΕΣΥ (κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας) (β) τις μονάδες που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία και πρωτίστως στο ΙΚΑ (πολυϊατρεία, ιατρεία και ειδικά κέντρα) και (γ) τον συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικό τομέα (γιατρούς ειδικοτήτων, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα κα εργαστήρια).

Στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ασφαλίζονται όλοι όσοι παρέχουν εργασία εντός των ορίων της χώρας Έλληνες και αλλοδαποί (μισθωτοί και ελεύθεροι επαγγελματίες καθώς και οι συνταξιούχοι).

Επιπλέον καλύπτονται τα μέλη της οικογένειας των ανωτέρω εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα ασφάλισης καθώς και οι άνεργοι υπό κάποιες προϋποθέσεις. Οσοι τέλος για οποιονδήποτε λόγο είναι ανασφάλιστοι, έχουν δυνατότητα προαιρετικής υπαγωγής στην ασφάλιση, εφόσον συγκεντρώνουν κάποιες ελάχιστες προϋποθέσεις. Επίσης δικαιούνται δωρεάν περίθαλψης και οι άνω των 65 ετών ανασφάλιστοι, εφόσον το ετήσιο εισόδημα τους δεν υπερβαίνει για το έτος 2002 τα 2.185,82. Για τις ελάχιστες περιπτώσεις οικονομικά αδυνάτων και ανέργων, χορηγείται ειδικό βιβλιάριο υγείας, και το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης αναλαμβάνει απευθείας ο κρατικός προϋπολογισμός. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει καθολική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον προβλέπεται η κάλυψη των επειγουσών ιατρικών αναγκών των τουριστών καθώς και όσων διαμένουν παράνομα στην χώρα, χωρίς την οικονομική συμμετοχή τους.

Οι παροχές υγείας που καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς περιλαμβάνουν πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα παρέχεται:

- Πρωτοβάθμια ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα
- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Πρόσθετη περίθαλψη (βηματοδότες, εμφυτεύσιμα υλικά, ορθοπεδικά είδη, συσκευές κλπ)

Στον **βαθμό της κάλυψης** δεν υπάρχουν εκτός κάποιων εξαιρέσεων σημαντικές διαφοροποιήσεις από ταμείο σε ταμείο. Οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην οδοντιατρική φροντίδα, όπου για παράδειγμα οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ δε δικαιούνται σχεδόν καμίας οδοντιατρικής φροντίδας, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν περιορισμένη κάλυψη και δικαίωμα προσφυγής μόνο στα οδοντιατρεία του ΙΚΑ και οι δικαιούχοι κάποιων άλλων ταμείων πλήρη κάλυψη και δικαίωμα προσφυγής στους συμβεβλημένους και μη ιδιώτες οδοντίατρους.

Η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών όλων των **δικαιούχων γίνεται κατά κανόνα χωρίς την οικονομική επιβάρυνση τους στον τόπο και στον χρόνο της παροχής**. Σε μερικές περιπτώσεις και σε κάποια ταμεία προβλέπεται **μικρή συμμετοχή του χρήστη - ασθενή.** Αναφερόμαστε κυρίως στην κατά 25% συμμετοχή όλων των ασφαλισμένων στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και στην κατά 25% συμμετοχή επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου των ασφαλισμένων του Οργανισμού Απασχόλησης Ελευθέρων Επαγγελματικών (ΟΑΕΕ) για ακτινοδιαγνωστικές και μικροβιολογικές εξετάσεις. Επιπλέον στην πρόσθετη περίθαλψη και για κάποια είδη όπως είναι οι βηματοδότες, πλαστικά μοσχεύματα αγγείων, συσκευές εισπνοών, βοηθητικά θεραπευτικά μέσα και ορθοπεδικά είδη κλπ, προβλέπεται συμμετοχή του ασθενή, το ύψος της οποίας ποικίλλει από ταμείο σε ταμείο. Πρέπει να αναφερθεί όμως ότι σε μερικές περιπτώσεις και ιδιαίτερα στα χειρουργικά περιστατικά παρατηρείται το φαινόμενο των «άτυπων» πληρωμών, δηλαδή πληρωμών κάτω από το τραπέζι που γίνονται από τους συγγενείς του ασθενή προς το γιατρό με στόχο είτε να επιταχύνουν την χειρουργική επέμβαση, όπου υπάρχουν λίστες αναμονής, είτε να «ευχαριστήσουν» τον γιατρό. Πάντως επισημαίνεται ότι η νομοθεσία προβλέπει αυστηρές κυρώσεις για τέτοιου είδους συμπεριφορές.

Οσον αφορά τους ηλικιωμένους, προβλέπεται η χαμηλότερη συμμετοχή στη φαρμακευτική φροντίδα (10%) για συνταξιούχους, δικαιούχους τους επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης (ΕΚΑΣ) ή μηδενική συμμετοχή και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και για συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως η μητρότητα και το εργατικό ατύχημα. Μηδενική συμμετοχή προβλέπεται και για τους κατέχοντες βιβλιάριο απορίας ασθενείς, εφόσον προμηθεύονται τα φάρμακα από τα νοσοκομεία. Πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι τα οποία προγράμματα, δράσεις και παρεμβάσεις κυρίως επιδοματικού χαρακτήρα απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες όπως αυτές των συνταξιούχων, των άπορων, των ανέργων, των ανασφάλιστων, των ανάπηρων κλπ και όχι σε ηλικιακές ομάδες όπως είναι για παράδειγμα οι άνω των 65 ετών. Συνεπώς για την κατηγορία των ηλικιωμένων, στην οποία εμπίπτουν, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, υπάρχουν μεν δημογραφικά στοιχεία αλλά όχι συγκεκριμένες δράσεις και παρεμβάσεις με στόχους την καλύτερη πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα κλπ (http:ec.europa.eu / employment _ social / soc – rot / healthcare / el _ healthreply _ el.pdf).

Οι υποδομές υγείας του ιδιωτικού τομέα, κυρίως ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα, έχουν ρόλο συμπληρωματικό στις υποδομές του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών ταμείων. Το μεγαλύτερο τμήμα είναι συνδεδεμένο με τα ασφαλιστικά ταμεία, καλύπτοντας ανάγκες κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας των ασφαλισμένων τους ενώ παράλληλα προσφέρει υπηρεσίες και σε ιδιωτική βάση σε ιδιώτες ασθενείς ή και σε ασθενείς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει στη χώρα μας εθελοντικό χαρακτήρα και ρόλο συμπληρωματικό. Η ανάπτυξη της καθορίζεται από παράγοντες όπως είναι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, τα φορολογικά κίνητρα που δίνονται σε αυτούς που ασφαλίζονται, η ευκολία πρόσβασης και η ποιότητα των υπηρεσιών του ΕΣΥ και βέβαια η επιθυμία του ατόμου να έχει συμπληρωματική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση σε ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και κλινικές. Παρά το ότι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε., εντούτοις τα τελευταία χρόνια, η αγορά αυτή παρουσιάζει ανοδικές τάσεις. (http:ec.europa.eu / employment _ social / soc – rot / healthcare / el _ healthreply _ el.pdf)

α. Οργάνωση του ΕΣΥ:

Το ΕΣΥ παρέχει υπηρεσίες υγείας σε τρείς βαθμίδες:

- Πρωτοβάθμια περίθαλψη
- Δευτεροβάθμια περίθαλψη
- Τριτοβάθμια περίθαλψη

β. Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψη ς προσφέρουν:

1. Το κράτος μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν με βάση τον νόμο 1397/83 για τις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα.
2. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί μέσω των πολύ-ιατρείων κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και με συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα ταμεία. Η

χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων.

3. Τοπική αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από προνομιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων τα οποία χρηματοδοτούνται από μερίδιο των δημοτικών φόρων και από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
4. Ιδιωτικός τομέας που αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα της υγείας και χρηματοδοτείται πλήρως από το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών και τα ασφαλιστικά ταμεία (Κυριόπουλος, Σουλιώτης, 2002)

γ. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, παρέχεται από τα δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία. Τα περισσότερα από τα δημόσια νοσηλευτήρια, είναι του Ε.Σ.Υ., 14 εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Αμυνας, 2 από τον Υπουργείο Παιδείας, 2 από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και 5 από το ΙΚΑ. Υπάρχει επίσης κι ένας μεγαλύτερος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων (http:ec.europa.eu / employment _ social / soc – rot / healthcare / el _ healthreply _ el.pdf).

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του παραϊατρικού δυναμικού της χώρας. Η αναλογία των ιατριών και νοσηλευτών ανά κλίνη, είναι καλύτερη στα νοσοκομεία του ΕΣΥ απ΄ ότι στα ιδιωτικά. Το 55% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, ξοδεύεται για την νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια φροντίδα). Το μεγαλύτερο μέρος αυτών των δαπανών, ξοδεύεται για την μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (Σισσούρας, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

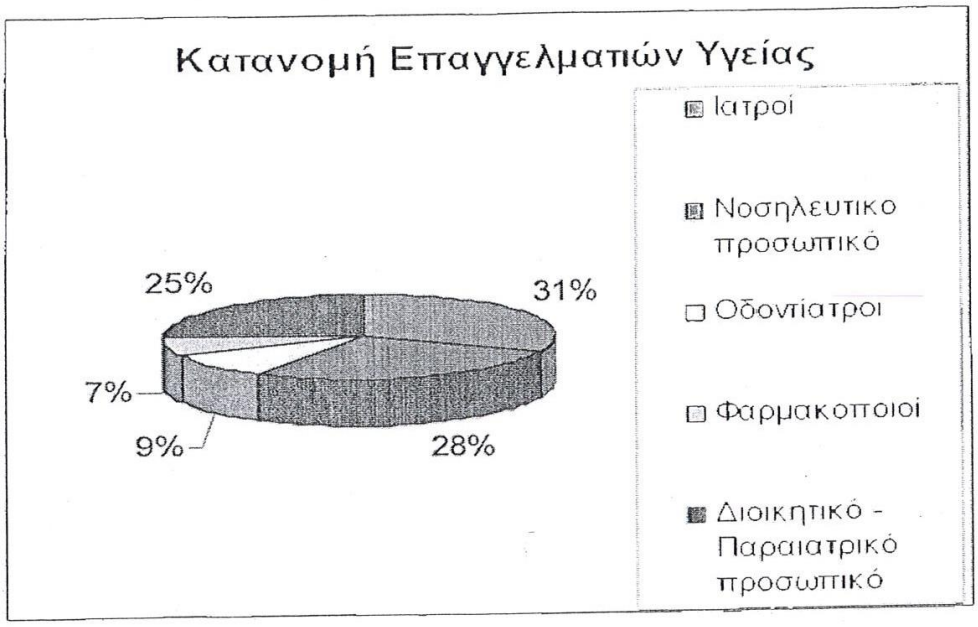
ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ- ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΜΝΑΜΙΚΟΥ

Η στελέχωση του ΕΣΥ σε ανθρώπινο δυναμικό, περιλαμβάνει διάφορα επαγγέλματα όπως γιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η κατανομή των επαγγελματιών Υγείας ανά Ειδικότητα έχει ως εξής: 31% Ιατροί, 28% Νοσηλευτικό προσωπικό, 25% Διοικητικό 7% Φαρμακοποιοί, 9% Οδοντίατροι (βλ. πίνακα 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κατανομή επαγγελματιών Υγείας ανά ειδικότητα

Πίνακας 2: Κατανομή επαγγελματιών Υγείας ανά Ειδικότητα (2006)



Πηγή: Υπουργείο Υγείας Πρόνοια, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα δημόσια εκτός ΕΣΥ νοσοκομεία, καθώς και τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνται από το κράτος, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου ορίζονται η νομική του μορφή, η επωνυμία του, οι υπηρεσίες του και διάρθρωση του σε τομείς και τμήματα, ο συνολικός αριθμός των κλινών και η κατανομή τους, στους τομείς, οι ειδικές αρμοδιότητες των υπηρεσιών, τομέων και τμημάτων, οι θέσεις κατά κατηγορία και κλάδο προσωπικού που προβλέπεται να απασχολεί και η ιεραρχική διαβάθμιση αυτών των θέσεων (Δίκαιος, Κουτούζης, Πολύσος, Σιγάλας, Χλέτος, 1999).

Κάθε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο και κάθε ειδικό νοσοκομείο, απαρτίζεται από τέσσερις (4) υπηρεσίες, την ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική και τεχνική. Στα νομαρχικά γενικά νοσοκομεία, οι υπηρεσίες κάθε νοσοκομείου, είναι τρεις (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική). Οι τεχνικές δραστηριότητες στα νομαρχικά γενικά νοσοκομεία, αναπτύσσονται από την υποδιεύθυνση ή το τμήμα τεχνικού της διοικητικής τους υπηρεσίας (Δίκαιος, Κουτούζης, Πολύσος, Σιγάλας, Χλέτος, 1999).

Στην ιατρική υπηρεσία, υπάγονται όλοι οι γιατροί και όσοι επιστήμονες παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι φαρμακοποιοί. Στην νοσηλευτική υπηρεσία, υπάγονται όλοι οι νοσηλευτές, νοσηλεύτριες όλων των κατηγοριών και κλάδων. Στην διοικητική υπηρεσία υπάγονται όλοι όσοι απασχολούνται στο νοσοκομείο, σε όλες τις λοιπές κατηγορίες και κλάδους.

α. Ιατρική υπηρεσία

Διαρθρώνεται σε τομείς που ο κάθε ένας τομέας απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων ειδικοτήτων.

Οι τομείς της ιατρικής υπηρεσίας είναι:

- Παθολογικός τομέας
- Χειρουργικός τομέας
- Εργαστηριακός τομέας
- Ψυχιατρικός τομέας
- Τομέας κοινωνικής ιατρικής
- Επείγουσας και εντατικής ιατρικής
- Φαρμακευτικός τομέας

Η δύναμη των κρεβατιών κάθε κλινικού τομέα ορίζεται σε σχέση με την συνολική δύναμη κρεβατιών του νοσοκομείου.

Στα γενικά νοσοκομεία ο παθολογικός τομέας μπορεί να διαθέτει μέχρι 45% της συνολικής δύναμης σε κλίνες, ο χειρουργικός τομέας μέχρι 55% και ο ψυχιατρικός τομέας μέχρι 10% της συνολικής δύναμης σε κλίνες του νοσοκομείου.

Στα ειδικά νοσοκομεία το 65%-90% της συνολικής δυναμικότητας ανήκει στον τομέα που έχει την κύρια ειδικότητα και οι υπόλοιποι τομείς μοιράζονται μεταξύ τους το υπόλοιπο 10% με βάση την αναλογία των τομέων του γενικού νοσοκομείου.

Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα.

Επομένως ο παθολογικός τομέας περιλαμβάνει τα τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό, Νεφρολογικό, κλπ και τις μονάδες Εμφραγμάτων, Τεχνικού Νεφρού, Χημειοθεραπείας, Αιμοδυναμική κλπ.

Ο Χειρουργικός Τομέας περιλαμβάνει τα τμήματα: Γενικής Χειρουργικής, Ορθοπεδικό, Ουρολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό κλπ και τις μονάδες Εντατικής θεραπείας, Ανάνηψης, Εγκαυμάτων.

Ο Εργαστηριακός τομέας περιλαμβάνει τα τμήματα: Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Αιμοδοσίας, Κυτταρολογικό, Ανοσολογικό κλπ και τις μονάδες: Τοξικολογική, Μεσογειακής Αναιμίας.

Ο Ψυχιατρικός Τομέας περιλαμβάνει τα τμήματα: Ψυχιατρικό, Παιδοψυχιατρικό, Ψυχογηριατρικό κλπ.

Τέλος, ο τομέας της κοινωνικής ιατρικής περιλαμβάνει τα τμήματα: Επιδημιολογίας-Βιοστατιστικής, Ιατρικής της Εργασίας, Κοινωνικής Εργασίας, Κοινωνικής Προστασίας κλπ

Κάθε τομέας έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας, η ανάπτυξη της ιατρικής έρευνας και εκπαίδευσης και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παλαιολόγου,2002).

β. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε νοσηλευτικούς τομείς όπου στον καθένα υπάγονται νοσηλευτικά τμήματα και νοσηλευτικές μονάδες, καθώς και ειδικά τμήματα Νοσηλευτικής διεύθυνσης.

Κάθε νοσηλευτικό τμήμα καλύπτει και ευθύνεται για 20-45 νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε 4-8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν ένα νοσηλευτικό τομέα. Σε νοσοκομεία με λιγότερα από 4 νοσηλευτικά τμήματα δεν συγκροτείται κανένας τομέας. Σε νοσοκομεία από 4-6 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούνται δύο νοσηλευτικοί τομίες: Ενας για την κάλυψη των αναγκών των μονάδων και τμημάτων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ένας για την κάλυψη των αναγκών των μονάδων και τμημάτων εσωτερικής λειτουργίας. Σε νοσοκομεία με περισσότερα από 6 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούνται τρεις τομείς:

1. Ο Παθολογικός Νοσηλευτικός Τομέας για την κάλυψη των αναγκών των Παθολογικών Νοσηλευτικών Τμημάτων, Μονάδων Αιμοδυναμικών Εργαστηρίων και Αιμοδοσίας.

2. Ο Χειρουργικός Νοσηλευτικός Τομέας για την κάλυψη των αναγκών των χειρουργικών νοσηλευτικών τμημάτων, μονάδων, χειρουργείων και νάρκωσης.
3. Ο Νοσηλευτικός Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την κάλυψη των αναγκών των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, ΤΕΠ, ΣΑΒ, Διατομεακών Τμημάτων Ημερήσιας Νοσηλείας και Επειγόντων Περιστατικών, των Τμημάτων Εφημερίας, των αναγκών νοσηλείας στο σπίτι των νοσηλευτικών αναγκών των Ακτινοδιαγνωστικών και Ακτινοθεραπευτικών Εργαστηρίων.

Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας δεν μπορεί να έχει στην δύναμη του λιγότερα από 4 και περισσότερα από 8 νοσηλευτικά τμήματα, ούτε περισσότερα από 250 νοσηλευτικά κρεβάτια.

<u>Σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</u>

- Η παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής Φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σ΄ αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών και αντιμετώπιση πιθανών καταστροφών.
- Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση.
- Η λειτουργία προγραμμάτων Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων.
- Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών – μαθήσεως φοιτητών της νοσηλευτικής καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.
- Η ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και η εφαρμογή των αποτελεσμάτων τους.
- Η συμμετοχή της στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.
- Η από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

γ. Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις, τμήματα και αυτοτελή γραφεία.

Σε νοσοκομεία με δύναμη μέχρι 100 κρεβάτια ή διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται στα εξής τμήματα και αυτοτελή γραφεία:

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Προσωπικού
2 Γραμματείας
3 Οικονομικού
4 Τεχνικού
5 Πληροφορικής – Οργάνωσης
6 Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΓΡΑΦΕΙΑ

1 Κίνησης Αρρώστων
2 Διατροφής
3 Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
4 Κοινωνικής Υπηρεσίας
5 Επιστασίας
6 Ιματισμού

Σε νοσοκομεία με δύναμη από 101 μέχρι 400 κρεβάτια η διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα η κάθε μία τμήματα και αυτοτελή γραφεία:

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Προσωπικού
2 Γραμματείας
3 Οικονομικού
4 Κίνησης Αρρώστων

5 Διατροφής
6 Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
7 Κοινωνικής Υπηρεσίας
8 Πληροφορικής – Οργάνωσης
9 Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΓΡΑΦΕΙΑ

1 Επιστασίας
2 Ιματισμού

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Τεχνικού
2 Βιοϊατρικής

Σε νοσοκομεία με δύναμη από 401 και άνω κρεβατιών η διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα η κάθε μία τμήματα και αυτοτελή γραφεία.

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Προσωπικού
2 Γραμματείας
3 Κίνησης Αρρώστων
4 Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
5 Κοινωνικής Υπηρεσίας
6 Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Οικονομικού
2 Πληροφορικής – Οργάνωσης
3 Διατροφής

ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΓΡΑΦΕΙΑ

1 Επιστασίας
2 Ιματισμού

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1 Τεχνικού
2 Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

(Hypatia.teiath.gr>handle>dalavoura)

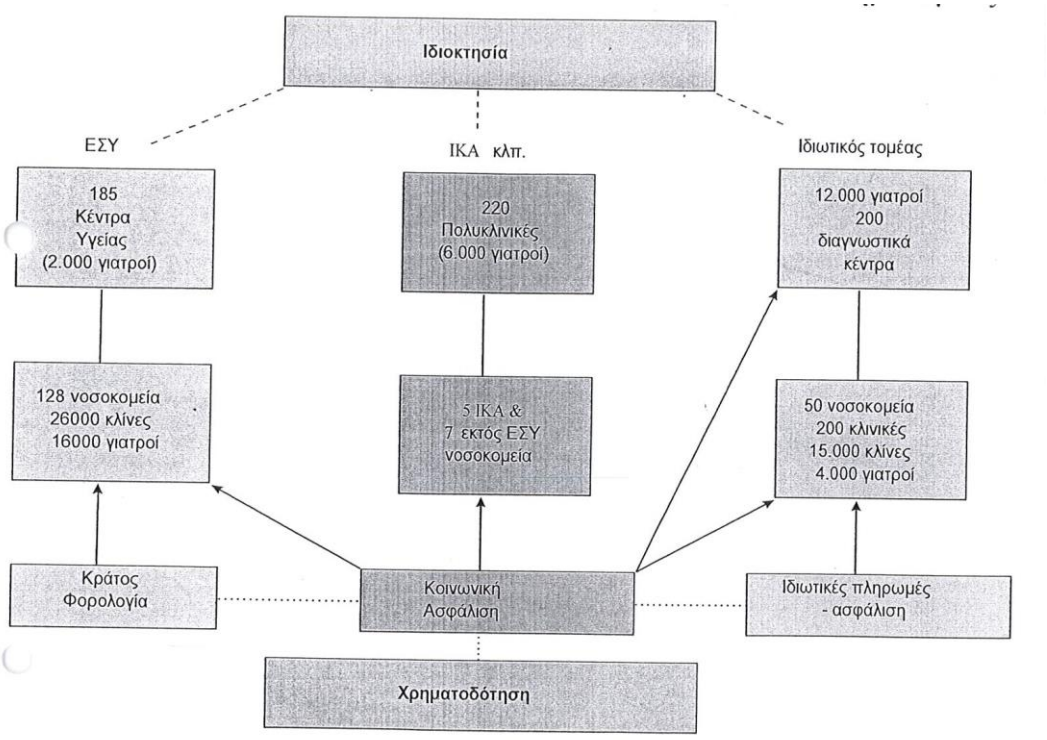
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, το Ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η δημόσια χρηματοδότηση προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και την φορολογία. Βασική πηγή για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών κι εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους (βλ. πίνακα 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Υπηρεσίες και ροές στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας



Πηγή: α)Ν.Πολύζος, β)Ίδιοι υπολογισμοί (2000)

Το εθνικό Σχέδιο Υγείας, χρηματοδοτείται από το Κρατικό Προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας (άμεσης κι έμμεσης) και παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο.

Και εδώ όμως έχουν δρομολογηθεί κάποιες αλλαγές, με την εφαρμογή των κλειστών Ενοποιημένων νοσηλειών (ΚΕΝ) κατά το πρότυπο των Ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών. Οι γιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική (**http://www.epeksa.gr/assets/variousfiles/file_3.Polyzos-Drakopoulos.pdf**).

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις – εξοπλισμό) και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι δαπάνες υγείας (τόσο κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ) έχουν αυξηθεί σημαντικά. Το ποσοστό συνολικών δαπανών για την υγεία έχει αυξηθεί από 6,6% το 1990 σε 9,6% του ΑΕΠ το 2007. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) και κατατάσσει την Ελλάδα ανάμεσα στις δέκα χώρες με τις υψηλότερες πληρωμές για την υγεία.

Η Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα (1990-2007) παρουσιάζεται στον πιο κάτω πίνακα (βλ. πίνακα 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1990-2007

Πίνακας 1: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US$ PPP	853	1.263	1.449	1.755	1.965	2.028	2.092	2.352	2.547	2.727
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,5	4,5	4,7	5,4	5,3	5,4	5,1	5,6	5,9	5,8
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,1	4,1	3,2	3,4	3,8	3,6	3,6	3,8	3,6	3,8
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,7	52,0	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	46,3	48,0	40,0	39,2	42,0	40,2	40,9	39,9	38,0	39,7
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημόσιων δαπανών υγείας	μδ	μδ	45,9	41,3	41,4	43,5	46,9	49,7	50,9	51,8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	95,8	94,5	94,1	94,5	94,5	94,8	95,0	94,8	94,5
Ιδιωτική ασφάλιση ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	4,2	5,5	5,9	5,5	5,5	5,2	5,0	5,2	5,5
Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	μδ	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14,0	13,2

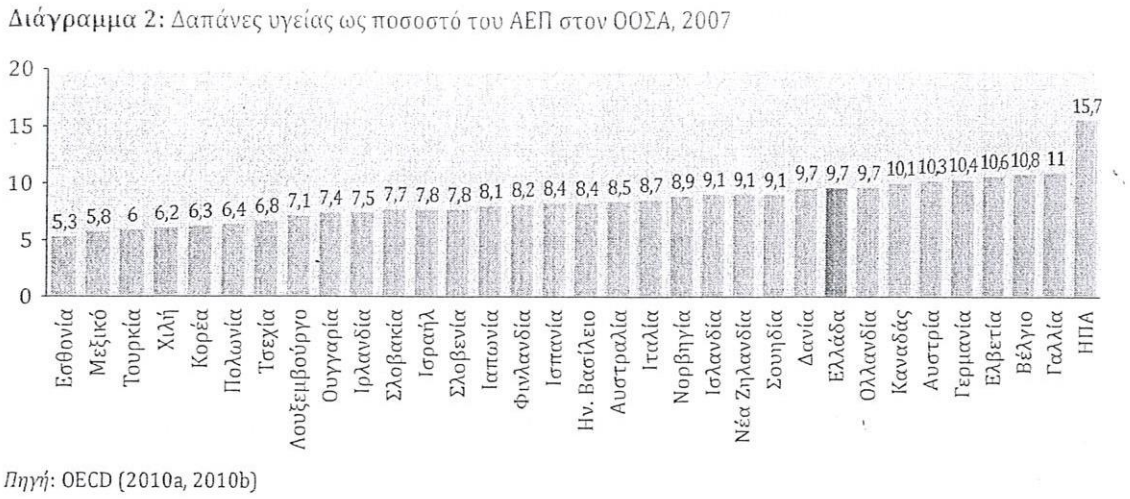
Πηγή: WHO (2010)

Σημείωση: μδ = μη διαθέσιμα στοιχεία.

Η Ελλάδα δαπανά περισσότερα για την υγεία από ότι οι Σκανδιναβικές χώρες π.χ. η Φιλανδία δαπανά το 8,2% του ΑΕΠ, η Νορβηγία το 8,9% του ΑΕΠ και η Σουηδία το 9,1% του ΑΕΠ, άλλες μεσογειακές χώρες: η Ιταλία δαπανά το 8,7% και η Ισπανία το 8,4% του ΑΕΠ ενώ το Λουξεμβούργο δαπανά το 7,1% και το Ηνωμένο Βασίλειο το 8,4% του ΑΕΠ (βλ. πίνακα 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ, 2007 Υγεία

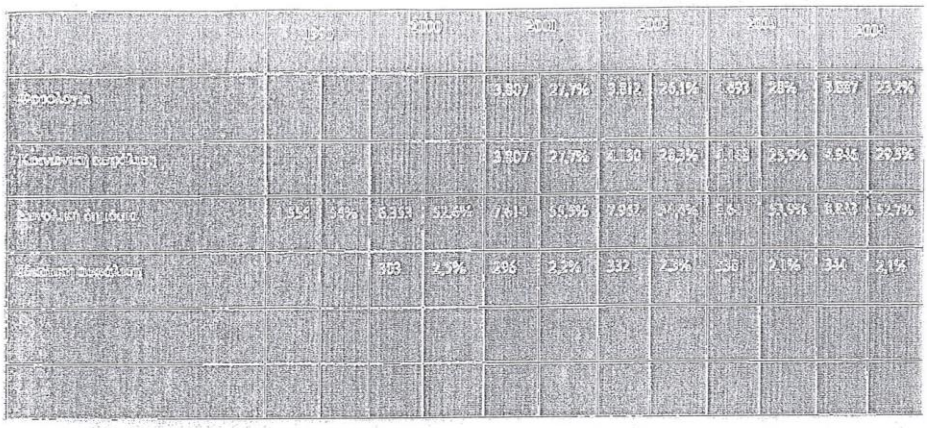


Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

Η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζει ανοδική πορεία κατά τα τελευταία χρόνια (τουλάχιστον μέχρι το 2007) από το 7,4% του ΑΕΠ το 1990 σε σχεδόν 10% το 2004. Ιδιαίτερα την δεκαετία 1990-2000 καταγράφηκε στην Ελλάδα η μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ όπου παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη. Όμως η αύξηση της κρατικής αυτής δαπάνης τα τελευταία χρόνια, επικεντρώθηκε κυρίως στην αύξησης της απασχόλησης και των αμοιβών και λιγότερο στην αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών. Έτσι η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα είναι χαμηλή και η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, αυξάνεται συνεχώς, φθάνοντας το 2004 το 47% (ως αποκλειστική δαπάνη του χρήστη, εξαιρουμένων των εξόδων των ασφαλιστικών εταιρειών, ποσοστό που είναι το υψηλότερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ **(**βλ. πίνακα 5).

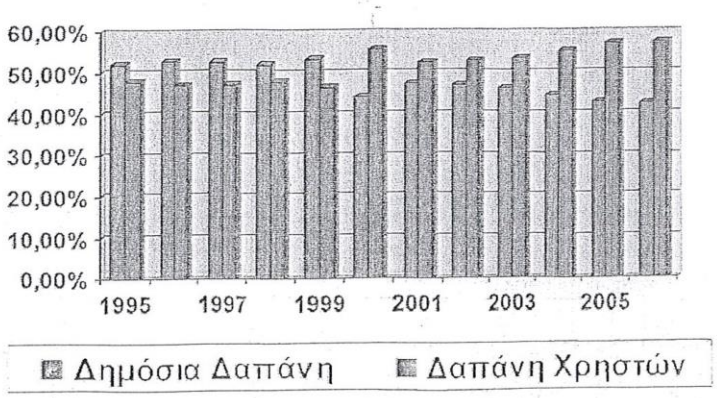
ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης δαπάνης υγείας στην Ελλάδα



Πηγή: Βάση υγείας ΟΟΣΑ, 2006

Πίνακας4 : Σύγκριση Δημόσιας Δαπάνης και Δαπάνης Χρηστών για την περίοδο 1999-2004



Πηγή: *WHOSIS / Greece indicators / ανάκτηση Μάιος 2009*

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης είναι τα νοσήλια από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και τα νοσήλια που επιβαρύνουν το δημόσιο ή τους ίδιους τους νοσηλευόμενους όπως καθορίζονται από τους Υπουργούς Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

«Με κοινή απόφαση των Υπουργών αυτών, καθορίζεται ημερήσιο νοσήλιο ή συνολικό ενοποιημένο κλειστό νοσήλιο που διαφέρει ανάλογα με την κατηγορία των παρεχόμενων υπηρεσιών, ή συνολικό νοσήλιο (κλειστό) ανά κατηγορία διάγνωσης, που περιλαμβάνει τις εργαστηριακές εξετάσεις και την συνολική νοσηλεία του ασθενούς» (Παλαιολόγου,2002).

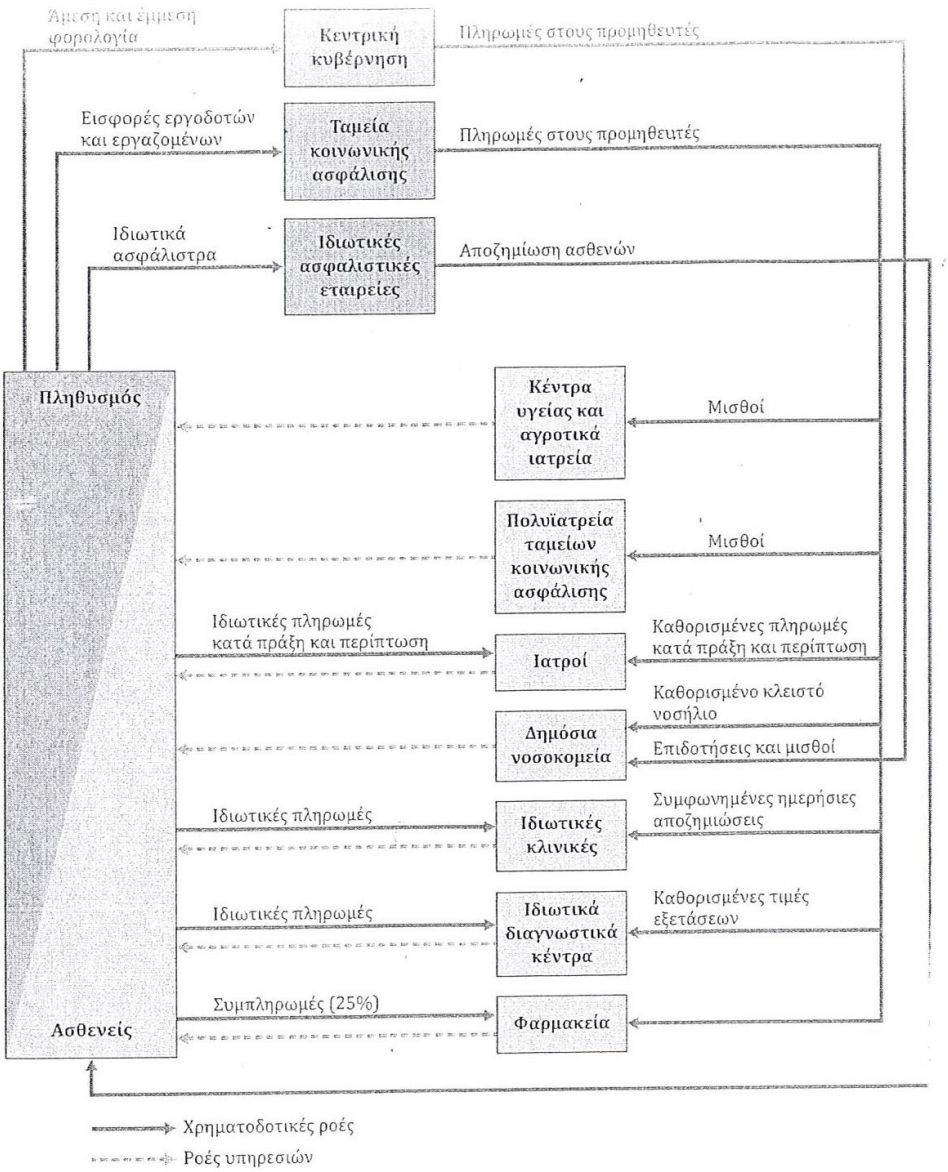
Διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης των νοσοκομείων αυξήθηκε από το 45,5% το 1981 σε 78,1% το 1992 με αντίστοιχη πτώση του ποσοστού των νοσηλειών από ασφαλιστικούς οργανισμούς (από 34,4% το 1981 σε 8,4% το 1992). Βάση των τελευταίων στοιχείων το 74% του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων, καλύπτεται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία συνεισφέρουν κατά 13% και το υπόλοιπο 13% προέρχεται από άλλες πηγές (Θεοδώρου, Σαρρής, 2001).

Άλλες πηγές χρηματοδότησης είναι τα έσοδα που προκύπτουν από τις ασφαλιστικές εταιρείες προς τους ασφαλιζόμενους πελάτες τους οι οποίες (ασφαλιστικές εταιρείες) είναι συνδεδεμένες / συνεννοημένες με τα νοσοκομεία που καλύπτουν, ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης είναι και τα έσοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία για τις εξετάσεις των ασφαλιζομένων πελατών τους καθώς και τα έσοδα και τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας. Στο πιο κάτω πίνακα μπορούμε να δούμε τις χρηματοδοτικές ροές και ρις ροές υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας (βλ. πίνακα 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο Ελληνικό σύστημα

Διάγραμμα 1: Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας



Πηγή: Sissouras et al. (1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως είδαμε και πιο παλιά αυτό το θέμα με τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας και γενικά την παροχή παντώς είδους υπηρεσιών υγείας, έχει αλλάξει / διαφοροποιηθεί σημαντικά από τα πιο παλιά χρόνια.

Σήμερα, λόγω τόσο των πολλών και δύσκολων ασθενειών και κυρίως λόγω και της άσχημης οικονομικής κατάστασης που χαρακτηρίζει το ελληνικό κράτος και τους πλείστους πολίτες στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες αυτούς και γενικά τα συστήματα υγείας πρέπει να τύχουν κάποιας αλλαγής / διαμόρφωσης και εκσυγχρονισμού.

Ο πολίτης σήμερα, αναζητά νοσοκομεία / κέντρα υγείας και γενικά αναζητά ένα σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες υγείας που έχει.

Ένα σύστημα υγείας που θα μπορεί να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, ενημέρωση των πολιτών, πρόληψη ασθενειών, αποτελεσματική θεραπεία καθώς και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών τόσο εντός όσο κι εκτός νοσοκομείων. Ακόμη, ο πολίτης αναζητά ένα σύστημα υγείας το οποίο θα του προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας χωρίς ο ίδιος να βάλει το χέρι στην τσέπη του, πιο βαθιά από όσο χρειάζεται δηλαδή περισσότερο από ότι του επιτρέπουν οι οικονομικές του δυνατότητες.

Μέσα από αυτή την εργασία, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η ποιότητα του Ελληνικού Συστήματος υγείας, καθορίζεται από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, και την κάλυψη των δαπανών του σχεδίου αυτού. Τα τρία πιο πάνω αποτελούν και τα υποσυστήματα στα οποία διαιρείται ένα σύστημα υγείας γενικότερα.

Όσον αφορά τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας της Ελλάδας, πρέπει να υπάρχει σωστή αναλογία μεταξύ τους και να υπάρχει συνεργασία και παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει η ευκαιρία πρόσβασης όλων των πολιτών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.

Τα προβλήματα που υπάρχουν σήμερα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι αρκετά και διάφορα.

Το Ελληνικό σύστημα όπως είδαμε, παρουσιάζει τα δικά του προβλήματα:

1. Οικονομικά-δημοσιονομικά
2. Μη Αποτελεσματική λειτουργία
3. Μη Ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας

Αυτά τα σημαντικά προβλήματα τα οποία έχουν δημιουργηθεί διαχρονικά από το 1983 που δημιουργήθηκε το Ελληνικό σύστημα υγείας, θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την υπόσταση του συστήματος υγείας καθώς και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες υπερχρεώσεις που γίνονται σε αγορές νοσοκομειακού υλικού, οι σπατάλες, η μείωση των εσόδων (π.χ. λόγω φοροδιαφυγής) η γραφειοκρατία (που δεν επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση του Έλληνα πολίτη στο σύστημα) ολοένα και αυξάνουν την δυσαρέσκεια του πολίτη όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και τον κίνδυνο τυχόν μελλοντικής κατάρρευσης του συστήματος.

Όλα αυτά θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά, ειδικά τον τελευταίο καιρό που λόγω και της τεράστιας οικονομικής κρίσης, τα πράγματα έχουν γίνει ακόμη πιο δύσκολα.

Οι οικονομία του ελληνικού κράτους περνά πολύ δύσκολες ώρες στις μέρες μας. Αυτό το βλέπουμε καθημερινά στα ΜΜΕ. Το ένα μνημόνιο μετά το άλλο έχουν καταντήσει τον ελληνικό λαό στα όρια της οικονομικής εξαθλίωσης.

Όμως ποτέ δεν θα πρέπει να ξεχνούμε ότι η Υγεία είναι ένα "αγαθό" και όλοι οι Έλληνες πολίτες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως της οικονομικής κατάστασης τους.

Σε κάθε κράτος ο πολίτης έχει το δικαίωμα να αρρωστήσει. Υποχρέωση του κράτους αυτού, είναι βρει τον τρόπο να παρέχει στον πολίτη, την μέγιστη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας όμως πάντοτε υπόψη του το οικονομικό βάρος το οποίο μπορεί να σηκώσει ο πολίτης αυτό (που θα δεχτεί τις υπηρεσίες αυτές) αναλόγως των πραγματικών οικονομικών του δυνατοτήτων.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Περίληψη:

Κύριος στόχος του τρίτου μέρους είναι η καταγραφή και η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου που διέπει τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα και πως αυτό στο πέρασμα του χρόνου διαφοροποιείται και προσαρμόζεται στις ανάγκες τις σύγχρονης κοινωνίας.

Στην εισαγωγή περιγράφεται οι βασικές αρχές γύρω από την ψήφιση και την ισχύ των νόμων.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η καταγραφή του θεσμικού πλαισίου, συγκεκριμένα παρουσιάζονται κάποιες νομοθεσίες που αφορούν στο ΕΣΥ και πως αυτές τροποποιήθηκαν από την Βουλή των Ελλήνων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για το οργανωτικό πλαίσιο και πως αυτό μέσα από τις τέσσερις υπηρεσίες (την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική) οργανώνεται και λειτουργεί ώστε να καλύψει τις ανάγκες του ασθενή.

Στο τρίτο κεφάλαιο παραθέτονται οι μεταβολές στο οργανωτικό πλαίσιο των νοσοκομείων από το 2000 μέχρι και σήμερα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, αυτές ήταν οι βασικές αρχές του νόμου 1397 του 1983 που αφορούσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Οι βασικές αυτές αρχές δεν έχουν διαφοροποιηθεί ιδιαίτερα, εκείνο όμως που έχει περισσότερη σημασία είναι αν οι αρχές αυτές τηρούνται στον τομέα της υγείας, έτσι ώστε να μπορεί να προσφέρεται στον απλό πολίτη το υψηλότερο επίπεδο υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Το 2001 η βουλή των Ελλήνων ψηφίζει το νόμο 2889 που σχετίζεται με τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου αυτού ιδρύονται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ). Συγκεκριμένα, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με το όνομα «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται με το όνομα της οικείας περιφέρειας. Έδρα του συστήματος αυτού είναι η πόλη στην οποία εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια. Αρμόδιος για την εποπτεία και τον έλεγχο είναι ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες και τα Κέντρα Υγείας που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. με την ψήφιση αυτού του νόμου μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Το προσωπικό και οι υπάλληλοι της κάθε μονάδας διατηρούν τις θέσεις τις οποίες κατείχαν.

Το άρθρο 9 του ίδιου νόμου αναφέρει ότι από την 1.1.2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας να λειτουργούν σε απογευματινό χρόνο για τη διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών εξετάσεων. Σε αυτό το απογευματινό ιατρείο μπορούσαν να εργαστούν ιατροί που διενεργούσαν τακτικό πρωινό ιατρείο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Στις 3 Αυγούστου του 2010 εκδίδεται στην εφημερίδα της κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας η ψήφιση του νόμου 3868 σχετικά με την αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και συγκεκριμένα στην τροποποίηση του άρθρου 9 του νόμου 2889/2001. Σύμφωνα με το κεφαλαίου Α καθορίζεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συγκεκριμένα στο άρθρο 1 του κεφαλαίου αυτού αναφέρεται ότι καθιερώνεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο γενικός σχεδιασμός και ο έλεγχος της ολοήμερης λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), πραγματοποιείται από τους Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών.

Τις υπηρεσίες τους πέραν του τακτικού ωραρίου μπορούν να προσφέρουν οι μόνιμοι ειδικευμένοι ιατροί του νοσοκομείου όλων των βαθμών, οι πανεπιστημιακοί ιατροί, που

κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσηλευτικά ιδρύματα, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., το νοσηλευτικό, το παραϊατρικό, το επιστημονικό μη ιατρικό και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης, για την κάλυψη επιπλέον αναγκών μπορεί να συμμετέχει και το επικουρικό προσωπικό όλων των κλάδων, καθώς και ειδικευόμενοι ιατροί. Η προϋπόθεση για τη συμμετοχή των ιατρών είναι να παρέχουν υπηρεσίες στην πρωινή λειτουργία των τακτικών ιατρείων τουλάχιστον μία μέρα την εβδομάδα και τις μέρες αυτές να μην εφημερεύουν. Τέλος τονίζεται ότι ο αριθμός των περιστατικών, που εξετάζονται από κάθε ιατρό ανά εβδομάδα, μετά το τακτικό ωράριο δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον αριθμό των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό στο τακτικό ωράριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Βασικός σκοπός των Δημόσιων νοσοκομείων είναι η προαγωγή και η παροχή φροντίδας σε πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Την κυριότερη ευθύνη για την ποσότητα, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχουν οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του κάθε νοσοκομείου (Καρακώστας, Χριστοπούλου,2015). Για τον σκοπό αυτό κάθε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική. Αυτές οι υπηρεσίες είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και συνεργάζονται αρμονικά, ώστε να προσφέρουν το καλύτερο δυνατόν αποτέλεσμα, που είναι σε πρώτη φάση η σωστή διάγνωση και σε δεύτερη φάση η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία. Η κάθε μία από αυτές τις υπηρεσίες έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση (Δίκαιος, Κουτουζής, Πολύζος, Σιγάλας, Χλέτος, 1999).

α. Ιατρική Υπηρεσία

Η ιατρική υπηρεσία απαρτίζεται από ιατρούς που κατέχουν θέσεις αντίστοιχες του κλάδου των γιατρών του ΕΣΥ, ειδικευμένους ιατρούς και από επιστήμονες που προσφέρουν υπηρεσίες σχετικές με την ιατρική. (Υ.Α.8342/1998). Στην Ιατρική υπηρεσία εντάσσονται και οι πανεπιστημιακές κλίνες, εργαστήρια και ειδικές μονάδες οι οποίες δημιουργούνται ύστερα από κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Παιδείας. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στελεχώνονται από γιατρούς και επιστήμονες του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου που ανήκουν.

Προϊστάμενος της Ιατρική Υπηρεσίας είναι γιατρός ο οποίος κατέχει οργανωτική θέση Διευθυντή στο νοσοκομείο με προϋπηρεσία τουλάχιστον πέντε έτη ως Διευθυντής του ΕΣΥ ή καθηγητής Α ή Β βαθμίδας. Οι αρμοδιότητες του διευθυντή της Ιατρική Υπηρεσίας είναι:

1. Η παρακολούθηση της σωστής λειτουργίας της Υπηρεσίας και ο συντονισμός των τομέων και των τμημάτων.
2. Η εισήγηση του προϋπολογισμού σε συνεννόηση με τους Διευθυντές των αντίστοιχων τμημάτων.

3. Η παρακολούθηση του εγκεκριμένου προϋπολογισμού και η μηνιαία αναφορά στον Γενικό Διευθυντή.

4. Η επιστημονική εποπτεία της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων.

5. Η εισήγηση στον Γενικό Διευθυντή για τη λειτουργία Απογευματινών Ιατρείων-Εργαστηρίων και Χειρουργείων, όπου αυτό είναι δυνατόν.

6. Η κατάρτιση του προγράμματος εφημεριών που γίνεται σε συνεργασία με τους Διευθυντές των τομέων.

7. Η εκπόνηση και η παρακολούθηση του εκπαιδευτικού και μετεκπαιδευτικού προγράμματος του ιατρικού και άλλου επιστημονικού προσωπικού.

8. Η έγκριση των επιστημονικών αδειών του προσωπικού για παρακολούθηση συνεδριών και ημερίδων.

9. Η εισήγηση στον Γενικό Διευθυντή για την ανάπτυξη νέων τμημάτων και υπηρεσιών.

Το άρθρο 8 του νόμου 3868 περιγράφει τη δομή της διοίκησης των Υγειονομικών Περιφερειών και Νοσοκομείων. Η συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) για νοσοκομεία μέχρι τριακόσιες ενενήντα εννέα κλίνες είναι πενταμελές. Το πενταμελές αυτό συμβούλιο απαρτίζεται από τον Πρόεδρο, δύο μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας (από τα δύο αυτά μέλη το ένα ορίζεται ως αντιπρόεδρος), ένα εκπρόσωπο των ιατρών και των ειδικευμένων ιατρών του νοσοκομείου και τέλος, έναν εκπρόσωπο του λοιπού προσωπικού του νοσοκομείου (πλην των ιατρών). Πέραν των τετρακοσίων κλινών το Δ.Σ. είναι επταμελές και διαφοροποιείται ως προς τα μελή που ορίζει το Υπουργείο, τα οποία ανέρχονται σε τρία και αντιπρόεδρος ορίζεται ο Αναπληρωτής Διοικητής του νοσοκομείου. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι διετής. Ο πρόεδρος ορίζει τα θέματα τα οποία θα συζητηθούν στη συνεδρίαση καθώς και τους εισηγητές των θεμάτων. Επίσης, μπορεί κατά την κρίση του να καλέσει στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων για τη συζήτηση θεμάτων που προκύπτουν.

β. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η νοσηλευτική υπηρεσία ακολουθεί κάποιες αρχές λειτουργίας που βασίζονται στους κανόνες και τα διδάγματα της Νοσηλευτικής Επιστήμης και στον κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Η τήρηση των αρχών αυτών μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στον τομέα της υγείας. Το προσωπικό του τμήματος αυτού δεν είναι ομοιογενές, καθώς αποτελείται από νοσηλευτές, προσωπικό καθαριότητας, γραμματείς, κ.α. (Καρακώστας, Χριστοπούλου,2015).

Κάθε νοσηλευτικό τμήμα αποτελεί λειτουργική μονάδα του νοσοκομείου και έχει ιατρική και νοσηλευτική αυτοτέλεια. Ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τμήματος στοχεύει σε δυο πλευρές συντονισμού, αφενός στο συντονισμό του προσωπικού και αφετέρου στο συντονισμό άλλων υπηρεσιών, εκτός του τμήματος που συμβάλλουν στη θεραπεία και την περίθαλψη των ασθενών (Καρακώστας, Χριστοπούλου,2015). Ο ρόλος του προϊσταμένου ξεφεύγει από τον παραδοσιακό, αφού έχει επεκταθεί ώστε να καλύπτει και την ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό και προγραμματισμό των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Για να είναι ικανός να ανταποκριθεί με επιτυχία στις υποχρεώσεις του πρέπει από τη μια να διαθέτει επαγγελματική κατάρτιση και από την άλλη να έχει εμπειρία και ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μπορεί να παρέχει φροντίδα υψηλού επιπέδου και να είναι ικανός να βοηθήσει τους νοσηλευτές που βρίσκονται υπό την εποπτεία του να αντιληφθούν τις ευθύνες που έχουν απέναντι στους ασθενείς (Καρακώστας, Χριστοπούλου,2015). Συγκεκριμένα ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού τμήματος είναι αρμόδιος:

1. Να φροντίζει για την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας σε συνδυασμό με την άνετη και ασφαλή διαμονή των ασθενών.
2. Να φροντίζει για την οργάνωση, τη λειτουργία και την ασφάλεια του τμήματος.
3. Να φροντίζει για τον εφοδιασμό κάθε είδους υλικών (φαρμάκων, υγειονομικών υλικών κ.α)
4. Να αξιολογεί την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.
5. Να καθοδηγεί κατάλληλα το προσωπικό, ώστε να καλύπτονται οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες των γιατρών.

Κάποιες από τις αρμοδιότητες του προϊσταμένου είναι οι πιο πάνω, ωστόσο πολλές φορές καλείται να αντιμετωπίσει συγκρούσεις οι οποίες είναι αναπόφευκτες. Με τη σωστή όμως διαχείριση μια σύγκρουση μπορεί να καταλήξει σε θετική πηγή ενέργειας και δημιουργικότητας(Καρακώστας, Χριστοπούλου,2015).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω ο προϊστάμενος του νοσηλευτικού προσωπικού εκτός από τα διοικητικά του καθήκοντα έχει και την ευθύνη να οργανώνει και να επιλύει προβλήματα τεχνικής υποστήριξης.

Η προσφορά του προϊστάμενου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή λειτουργία του νοσηλευτικού τμήματος, βασική όμως προϋπόθεση για να ανταποκριθεί στον πολύπλοκο και απαιτητικό του ρόλο είναι η βαθιά γνώση των αρχών διοίκησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΠΑΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Ένας από τους πιο σύνθετους οργανισμούς που μπορεί να συναντήσει κάποιος σε μια οργανωμένη κοινωνία είναι ο τομέας της υγείας. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά και χωρίς και χωρίς αρχικά να υπάρχουν καθορισμένοι στόχοι. Με απλά λόγια ακολουθούσε την πορεία της ιατρικής και ενσωμάτωνε νέες καινοτομίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τομέας της υγείας επηρεάστηκε και από τις ανθρώπινες αξίες και φυσικά την οικονομία. Δικαίωμα στην υγεία έχει κάθε πολίτης, εξάλλου είναι πλέον ένα από τα συνταγματικά δικαιώματα.

«Η επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας αποτελεί πραγματικό στόχο των μεταρρυθμίσεων στα περισσότερα συστήματα υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις ανεπτυγμένες χώρες, οι δαπάνες των υπηρεσιών υγείας αναλογούν σε ένα μεγάλο ποσοστό του εθνικού εγχώριου προϊόντος. Είναι επομένως εύλογο, η πολιτεία να επιθυμεί τέτοιου ύψους δαπάνες να συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών, ιδιαίτερα όταν οι πηγές χρηματοδότησης, όπως τα έσοδα από φορολογία, είναι περιορισμένες. Από την πλευρά της προσφοράς, η τεχνολογία αλλάζει ραγδαία, με αποτέλεσμα η πίεση για την εφαρμογή νέων πρακτικών στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας να είναι επιτακτική, ακόμη και εάν αυτή συνοδεύεται από αβεβαιότητα στην αποδοτικότητα κόστους. Από την πλευρά της ζήτησης, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας και οι προσδοκίες των πολιτών για βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας ζωής αυξάνουν. Τέλος η επανάσταση στα πληροφοριακά συστήματα καθιστά εφικτή την στατιστική ανάλυση μέρους της συμπεριφοράς των συστημάτων υγείας, όπως η κλινική δραστηριότητα.»

(http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/3625/2/Karagianni.pdf)

Φτάνοντας στο σήμερα, το Υπουργείο Υγείας προωθεί πρόταση νόμου σχετικά με αλλαγές στη συγκρότηση της ιατρικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και την κατοχύρωση της παρουσίας γιατρών του ΕΣΥ σε πανεπιστημιακές κλινικές και εργαστήρια. Παράλληλα οι προτάσεις περιλαμβάνουν και αλλαγές στη λειτουργία ιατρικών τμημάτων που δεν έχουν προκύψει από την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών και σε συνέχεια αυτού την εγκατάσταση των κλινικών και εργαστηρίων του ιατρικού τμήματος στον

προϋπάρχοντα οργανισμό του πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Συγκεκριμένα στο κείμενο του Υπουργείου Υγείας αναφέρονται τα εξής:

Η βασική αλλαγή που επιχειρείται είναι η συγκρότηση της ιατρικής υπηρεσίας με τη συμμετοχή μόνο ιατρών και οδοντιάτρων. «Με την αλλαγή που εισάγεται, δηλαδή τον ξεχωριστό συντελεστή για τους γιατρούς, αναβαθμίζεται αριθμητικά η παρουσία ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού», υποστηρίζει το Υπουργείο. Η συγκρότηση σε διαφορετική υπηρεσία των υπολοίπων κλάδων, που έως σήμερα συμμετέχουν με τους γιατρούς στην ιατρική υπηρεσία (επιστήμονες, τεχνολόγους και επαγγελματίες υγείας, με κοινό χαρακτηριστικό την υποστήριξη του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου των γιατρών), αλλά και η εφαρμογή διαφορετικού συντελεστή, θα σημάνει την αριθμητική τους αύξηση και την αναβάθμιση του ρόλου τους, στον οργανισμό των νοσοκομείων. Άλλωστε, αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ειδικός συντελεστής για τον υπολογισμό των θέσεων των τεχνολόγων, παρασκευαστών, φυσικοθεραπευτών , κοινωνικών λειτουργών, κλπ. Αποτέλεσμα είναι οι οργανικές τους θέσεις να υπολογίζονται συλλήβδην μαζί με το διοικητικό προσωπικό με έναν κοινό συντελεστή.

Επίσης, το σχέδιο νόμο προτείνει ρύθμιση που στοχεύει στην εφαρμογή ενός ορθολογικού πλαισίου συνύπαρξης και συνεργασίας μεταξύ επιστημονικών κλάδων, που σήμερα φέρονται να λειτουργούν ανταγωνιστικά. «Η βασική λογική της ρύθμισης στηρίζεται αφενός στην αποσαφήνιση της διάκρισης ανάμεσα σε τμήμα και εργαστήριο και αφετέρου στην υιοθέτηση της παραδοχής ότι δεν υπάρχει λόγος να προβλέπονται στους οργανισμούς των νοσοκομείων αυτοτελή βιοχημικά ή αιματολογικά (εργαστηριακά) τμήματα. Σύμφωνα με την προτεινόμενη ρύθμιση, προβλέπεται σε κάθε νοσοκομείο η ύπαρξη βιοπαθολογικού τμήματος με επιστημονικά υπεύθυνο γιατρό ειδικότητας βιοπαθολογίας και η υπαγωγή σε αυτό εργαστηρίων – ειδικών μονάδων (βιοχημικό, αιματολογικό κλπ)». Άλλη μια αλλαγή που προωθείται είναι ο ορισμός επιστημονικά υπεύθυνου στα εργαστήρια-ειδικές μονάδες, σε ορισμένα από τα οποία (όπως βιοχημικό, ανοσολογικό) ο επιστημονικά υπεύθυνος μπορεί να μην είναι γιατρός (Σακκάς, 2017).

Οι αλλαγές στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία στοχεύουν στην κατοχύρωση της παρουσίας γιατρών ΕΣΥ σε πανεπιστημιακές κλινικές και εργαστήρια από μέλη ΔΕΠ. Αναλυτικότερα η ανακοίνωση αναφέρει: «Η πρόβλεψη που προτείνεται, υιοθετώντας την αντίληψη ότι δεν

υπάρχει αναγκαιότητα για υποχρεωτικά «διπλά» τμήματα για κάθε ειδικότητα, αποκαθιστά αυτήν την πολυετή εκκρεμότητα και ορίζει με σαφήνεια ότι γιατροί ΕΣΥ υπηρετούν μόνιμα σε πανεπιστημιακά τμήματα νοσοκομείων» (Σακκάς, 2017).

Αυτές είναι κάποιες από την νέες μεταρρυθμίσεις που εισηγείται το Υπουργείο Υγείας, ώστε να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες και να επιλύσει εσωτερικά προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας της υγείας είναι πολύ δύσκολος σαν έννοια διότι σε αυτόν περικλείονται πολλές επιμέρους έννοιες. Γενικά η υγεία εξετάζει πολλά θέματα, όπως αλληλεγγύη, βοήθεια και γρήγορη εξυπηρέτηση, αποτελεσματικότητα, κοινωνικό έργο και πολλά άλλα εκτός βέβαια από τη μελέτη γύρω από θέματα που αφορούν την υγεία και την επίλυσή τους. Οι μονάδες υγείας είναι και αυτές πολυάριθμές και πολύπλοκες στην λειτουργία τους, διότι ενσωματώνουν την έννοια της υγείας που όπως προαναφέρθηκε είναι σαν όρος σύνθετος. Η υπηρεσία υγείας λοιπόν ορίζεται «το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους.»
(www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia.../Dimosia_Perithalpsi_ 2008.ppt)

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, στον οποίο δίνεται έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.(http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1). Από τον πιο πάνω ορισμό εξάγεται το συμπέρασμα ότι πέρα από την σωματική υγεία εντάσσονται σε αυτόν και άλλοι παράγοντες, κυρίως ψυχοκινητική. Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στον καθορισμό της παροχής υψηλού επιπέδου υγείας.

Μέσα από αυτή την εργασία, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η ποιότητα ενός συστήματος υγείας, φαίνεται από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, και την κάλυψη των δαπανών του σχεδίου αυτού. Όσον αφορά τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην υγεία, πρέπει να υπάρχει σωστή αναλογία μεταξύ τους και να υπάρχει συνεργασία και παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει η ευκαιρία πρόσβασης όλων των πολιτών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα (Σαρρής, Σούλης , 2001).

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν στα προηγούμενα μέρη της παρούσας εργασίας, η οργάνωση και η διοίκηση νοσοκομειακών μονάδων είναι μια δύσκολη υπόθεση, αφού επηρεάζονται από πολλά πράγματα και κυρίως από το σύστημα που επικρατεί στον τομέα της υγείας και από την νομοθεσία. Το Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών του ΠΙΣ (2017) διαπιστώνει ότι το ελληνικό σύστημα παρουσιάζει τα δικά του προβλήματα: οικονομικά-δημοσιονομικά, μη αποτελεσματική λειτουργία, μη ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτά τα σημαντικά προβλήματα τα οποία έχουν δημιουργηθεί διαχρονικά από το 1983 που δημιουργήθηκε το Ελληνικό σύστημα υγείας, θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την υπόσταση του συστήματος υγείας καθώς και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες υπερχρεώσεις που γίνονται σε αγορές νοσοκομειακού υλικού, οι σπατάλες, η μείωση των εσόδων (π.χ. λόγω φοροδιαφυγής) η γραφειοκρατία (που δεν επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση του Έλληνα πολίτη στο σύστημα) ολοένα και αυξάνουν την δυσαρέσκεια του πολίτη όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και τον κίνδυνο τυχόν μελλοντικής κατάρρευσης του συστήματος.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο σημαντικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν – αν και προς την σωστή κατεύθυνση - δεν

κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας (Μανιού, Ιακωβίδου, 2009).

Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό. θεμελιώδης αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, πρέπει να αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες (Μανιού, Ιακωβίδου, 2009).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σίσσουρας Α (1994), Συμπεράσματα-Προβλέποντας στην Αναμόρφωση και σταθεροποίηση του ΕΣΥ, Στο βιβλίο: Μελέτη για το σχεδιασμό και οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης Κ., (2002). Οι δαπάνες της υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στην μέτρηση και τις συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Αθήνα.

Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., ΠολύΖος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., (1999). Βασικές Αρχές Διαχείρισης Μονάδων Υγείας, εκδ.ΕΑΠ, Πάτρα.

Πίνακας 3. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα (εκατομμύρια € και Υ. συνολικής δαπάνης υγείας 1990-2009

Παλαιολόγου Β. (2002)., Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι, Διδακτικές Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας.

"Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Γείτονα Μ" Τα οικονομικά από το Α ως τι Ω. Εκδόσεις εξάντας/Πολιτικές Υγείας

Σαρρής Μ., Σουλης Σ. (1999). Οικονομική της Υγείας. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

* Δρ Ιωάννης Ν. Βλάσσης. Αρχές Διοίκησης και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Κεφάλαιο 1: Σύστημα υγείας, Γενικός ορισμός, Βασικά χαρακτηριστικά, σελ.1-11

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001)"Συστήματα Υγείας" Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ, Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα, Ελληνικό ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2000

Μ. Χλέτσος "ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ". Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Τάσεις και πολιτικές-Κεφάλαιο Δεύτερο-Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών

Χριστοπούλου Μ., Καρακώστας Κ., (2015). Η διοίκηση ενός νοσηλευτικού τμήματος σε δημόσιο νηπιαγωγείο. PERIOPERATIVE NURSING VOLUME 4,ISSUE 1.

Λιαρόπουλος, Λ. Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2013). Υπηρεσίες Υγείας, Α τόμος, εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα.

https://el.m.wikipedia.org>wiki>Εθνικό Σύστημα Υγείας

Σακκάς, Γ (2017). http://healthmag.gr/post/6312/pro-to-pylwn-nomosxedio-gia-organwtikes-allages-sta-nosokomeia.

http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/ba/2012/MoraitiElissavet,GkolemiMarsela/attached-document-1337076970-520953-1232/Moraiti_Gkolemi2012.pdf

(http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/3625/2/Karagianni.pdf)
www.gov.cy./moh/cbh.nsf/...page01-gr?...

www.econ.uoi.gr/eeokp/...igias/ili.../kefa/aio2.pdf

www.[spa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.../Lazaridou-Despina .pdf

Hypatia.teiath.gr>handle>dalavoura

http://www.epeksa.gr/assets/variousfiles/file_3.Polyzos-Drakopoulos.pdf

http:ec.europa.eu / employment _ social / soc – rot / healthcare / el _ healthreply _ el.pdf