



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**

**ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΝ ΜΕΣΩ
ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID - 19**

ΤΖΟΥΜΕΛΕΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΥΠΡΙΩΤΕΛΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2022

Public and private hospitals during the covid-19 pandemic

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Πρέβεζα, 20/01/2023

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Κυπριωτέλης Ευστράτιος ,

Λέκτορας

2. Μέλος επιτροπής

Γαλανού Αικατερίνη,

Επίκουρος Καθηγητής

3. Μέλος επιτροπής

Κόλιας Γεώργιος,

Επίκουρος Καθηγητής

© Τζουμελέκα Κωνσταντίνα , 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εκ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Τζουμελέκα Κωνσταντίνα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
SUMMARY	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	11
Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
1.1 Γενικά στοιχεία για την υγεία	11
1.2 Έννοια του Εθνικού Συστήματος Υγείας	12
1.3 Χαρακτηριστικά Εθνικού συστήματος υγείας.....	13
1.4 Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας	14
1.5 Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	17
1.6 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Στρεβλώσεις και Προβλήματα	19
1.7 Δημόσιες δαπάνες για την υγεία	21
1.8 Η Υφιστάμενη Κατάσταση στον Νοσοκομειακό Τομέα	22
1.9 Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	27
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
2.1 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα	27
2.2 Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα.....	28
2.3 Τα τρία βασικά επίπεδα της υγειονομική περίθαλψη	29
2.4 Η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της χώρας μας.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	33
ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	33
3.1 Ο Σκοπός των Δημοσίων Νοσοκομείων.....	33
3.2 Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων.....	34
3.3 Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	41
ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΩΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	41
4.1 Διαφορές ανάμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα.....	41
4.2 Δημόσια νοσοκομεία	44
4.3 Ιδιωτικές κλινικές	45

4.4	Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5		49
ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....		49
5.1	Η πανδημία ως καταλύτης αλλαγών στη δημόσια υγεία	49
5.2	Τα Συστήματα Υγείας Και Η Δημόσια Υγεία: Από Το Χθες Στο Αύριο.....	51
5.3	Δικαιώματα Και Πανδημία	53
5.4	Πηγές Δεδομένων Για Τον Κορωνοϊό	57
5.5	Βελτιώνοντας Το Σύστημα Υγείας	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6		62
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19		62
6.1	Σκοπός έρευνας μας.....	62
6.2	Μεθοδολογία έρευνας.....	62
6.3	Περιορισμοί έρευνας.....	63
6.4	Αποτελέσματα έρευνας.....	63
6.4.1	Δημογραφικά στοιχεία.....	63
6.4.2	Αποτελέσματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών	67
6.5	Συμπεράσματα έρευνας	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		84
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		89

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1 – Φύλο	63
Διάγραμμα 2 - Οικογενειακή κατάσταση.....	64
Διάγραμμα 3 - Ηλικία.....	64
Διάγραμμα 4 - Εργασιακή κατάσταση	65
Διάγραμμα 5 - Είδος ασφαλιστικής κάλυψης	65
Διάγραμμα 6 - Μορφωτικό επίπεδο	66
Διάγραμμα 7 - Χρόνος αναμονής για εξέταση	67
Διάγραμμα 8 - Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού	68
Διάγραμμα 9 - Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού	69
Διάγραμμα 10 - Επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική	70
Διάγραμμα 11 - Εξυπηρέτηση και χρόνος για την εισαγωγή στην κλινική	71
Διάγραμμα 12 - Καθαριότητα θαλάμου κλινικής.....	72
Διάγραμμα 13 - Αποτελεσματικότητα ελληνικών κρατικών και ιδιωτικών νοσοκομείων	73
Διάγραμμα 14 - Συνολική βαθμολόγηση σαν ασθενής	74
Διάγραμμα 15 - Χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων.....	75
Διάγραμμα 16 - Γενική τοποθέτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών	76
Διάγραμμα 17 - Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε	77
Διάγραμμα 18 - Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών	78
Διάγραμμα 19 - Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.....	79
Διάγραμμα 20 - Πιστεύετε ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών	80

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι ένας από τους πιο περίπλοκους θεσμούς που μπορεί να συναντήσει κανείς σε κάθε οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά και χωρίς καμία αρχική πρόθεση. απλώς ακολούθησε την πορεία της ιατρικής και αγκάλιασε νέες καινοτομίες. Πέρα από την επιστήμη, επηρεάστηκε πολύ από τις ανθρώπινες αξίες και τα οικονομικά.

Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί σήμερα συνταγματικό δικαίωμα κατοχυρωμένο σε όλους τους πολίτες των αναπτυγμένων χωρών. Η αγορά υγείας διαφέρει από τις υπόλοιπες αγορές αγαθών με τους εξής τρόπους:

Η μμειονεκτική θέση του καταναλωτή-ασθενή

Η ασυμμετρία πληροφόρησης μμεταξύ ασθενών και ιατρών

Το φαινόμενο της «προκλητής ζήτησης», (η ζήτηση δημιουργείται από το γιατρό κατά κύριο λόγο)

"Η επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας είναι ένας θεμελιώδης στόχος του προγράμματος των περισσότερων αλλαγών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης." Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό μέρος του εθνικού εισοδήματος στις εύπορες χώρες. Ως εκ τούτου, είναι αποδεκτό το κράτος να επιθυμεί τέτοιες δαπάνες να είναι σύμφωνες με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των κατοίκων, ειδικά όταν οι πηγές χρηματοδότησης, όπως τα φορολογικά έσοδα, είναι περιορισμένες.

Από την πλευρά της προσφοράς, η τεχνολογία αλλάζει συνεχώς, αυξάνοντας την ανάγκη ενσωμάτωσης νέων μεθόδων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ακόμα κι αν αυτό συνοδεύεται από αβεβαιότητες κόστους-αποτελεσματικότητας. Από την πλευρά της ζήτησης, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και οι φιλοδοξίες των πολιτών να αυξήσουν το επίπεδο ευημερίας και την ποιότητα ζωής τους αυξάνονται. Τέλος, η επανάσταση στην τεχνολογία των πληροφοριών

επιτρέπει τη στατιστική μελέτη ορισμένων πτυχών της συμπεριφοράς του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως η κλινική δραστηριότητα».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όλοι, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής τάξης, μορφωτικού επιπέδου, φύλου, εθνικότητας ή ηλικίας, εκτιμούν την υγεία ως ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά. Όσο περνά ο καιρός, οι απαιτήσεις των ασθενών αυξάνονται. Ως αποτέλεσμα, οι επιστήμονες προσπαθούν να επικεντρωθούν στα θέλω τους και να μεγιστοποιήσουν την ευχαρίστησή τους. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η καταγραφή της άποψης που έχουν οι ασθενείς σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών και πως η πανδημία έχει επηρεάσει το επίπεδο υπηρεσιών.

Με την χρήση συγκεκριμένων ερωτήσεων προσπαθήσαμε να αναδείξουμε πως αντιλαμβάνονται οι πολίτες της χώρας μας το υγειονομικό σύστημα υγείας και πως αποτυπώνονται οι διάφορες μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα υγείας, ικανοποίηση ασθενών, μάρκετινγκ στην υγεία και Ελληνικό σύστημα υγείας, covid-19.

SUMMARY

Everyone, regardless of socio-economic class, education level, gender, nationality or age, values health as one of the most valuable goods. As time passes, patient demands increase. As a result, scientists try to focus on their wants and maximize their pleasure. The purpose of this study is to record patients' views on the quality of services and how the pandemic has affected the level of services.

By using specific questions, we tried to highlight how the citizens of our country perceive the healthcare system and how the differences between public and private hospitals are reflected.

Key words: health quality, patient satisfaction, health marketing and Greek health system, covid-19.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Γενικά στοιχεία για την υγεία

Τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι περίπλοκα, προσαρμόσιμα οικοσυστήματα με διασυνδεδεμένες, μη γραμμικές αλληλεπιδράσεις. Αυτά τα συστήματα μπορούν να παράγουν νέους κανόνες λόγω σημαντικών χαρακτηριστικών του συστήματος όπως η ποικιλομορφία, η συσχέτιση, η ανατροφοδότηση και η αυτοοργάνωση. Στόχος ενός συστήματος υγείας είναι να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού όσον αφορά την προστασία, την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, εκτός από την ιατρική και κοινωνική περίθαλψη. (Τούντας, 2008).

Οι ανάγκες, οι στάσεις και οι προσδοκίες για φροντίδα και προσοχή στον τομέα της υγείας, από την άλλη πλευρά, αλλάζουν όπως και οι κοινωνίες. Νέες πολιτικές υγείας, ιεράρχηση προτεραιοτήτων και ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση του σύγχρονου ιατρικού μοντέλου, το οποίο διαμορφώνεται από τη γήρανση του πληθυσμού, τον επιπολασμό χρόνιων και εκφυλιστικών ασθενειών, την αύξηση των ψυχικών διαταραχών, την ταχύτητα της γνώσης την αλλαγή και την αποτελεσματικότητα των νέων παρεμβάσεων, καθώς και την αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων (Κυριόπουλος, 2018).

Η βιοϊατρική τεχνολογία και η ιατρική έρευνα αναπτύσσονται γρήγορα. Εισάγονται νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένων παραδειγμάτων όπως γονιδιωματικές θεραπείες, νευρολογικές εξελίξεις κ.λπ. Από την άλλη, η ολιστική άποψη του ανθρώπου σε σχέση με το περιβάλλον προσφέρει μια εναλλακτική άποψη για την ιατρική και την υγεία. Για να αντιμετωπίσει αυτά τα νέα προβλήματα, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) πρέπει να είναι έτοιμη. άλλα αντικείμενα (Υφαντόπουλος, 2006).

Οι τρεις θεμελιώδεις στόχοι των συστημάτων υγείας είναι η ιατρική αποτελεσματικότητα, η οικονομική αποτελεσματικότητα και η κοινωνική ισότητα. Τις τελευταίες δεκαετίες, οι δημογραφικές, κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές αλλαγές έχουν προκαλέσει

αύξηση της ζήτησης, και κατά συνέπεια, του κόστους περίθαλψης, σε ένα περιβάλλον με περιορισμένους πόρους.

Τα συστήματα υγείας πρέπει να προσπαθούν για τη:

- δημιουργία νέων συνδέσεων κράτους-αγοράς,
- ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και
- ενθάρρυνση της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας για την αντιμετώπιση αναδυόμενων προβλημάτων.
- ενίσχυση της συμμετοχής και των ρόλων των πολιτών.
- Μετακύλιση ορισμένων δαπανών στη ζήτηση.
- την υιοθέτηση ισχυρών συστημάτων διακυβέρνησης.
- Χρήση σύγχρονης τεχνολογίας (e-health).
- αναζητήστε σύγχρονες και προηγμένες επιλογές χρηματοδότησης.
- παροχή επαληθευμένης ιατρικής περίθαλψης
- προώθηση της ίσης πρόσβασης και συνολικής κάλυψης με βάση τις απαιτήσεις των πολιτών
- καθώς και η ενθάρρυνση της αυτοφροντίδας, της αυτοδιαχείρισης και της χρήσης της οικογένειας και των κοινωνικών δικτύων (Σουλιώτης, 2019)

1.2 Έννοια του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ένα σύστημα ορίζεται ως μια συλλογή διασυνδεδεμένων μερών που μαζί αποτελούν ένα σύνολο. Για να το θέσουμε διαφορετικά, ένα σύστημα αποτελείται από ξεχωριστά στοιχεία που συνεργάζονται για να εκτελέσουν μια συγκεκριμένη εργασία, σε αυτό το παράδειγμα, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Σύστημα είναι κάθε συλλογή αλληλένδετων και εξαρτημένων πραγμάτων ή διαδικασιών που ενώνονται για έναν συγκεκριμένο στόχο, σύμφωνα με τον *Λιαρόπουλο (2007)*. Ο στόχος της σύγχρονης δυναμικής είναι να έχει ένα σύστημα που να λειτουργεί ως ενιαία οντότητα, να έχει μια καθορισμένη συμπεριφορά και να εξαρτάται από κάθε ένα από τα συστατικά του μέρη με δυναμικό τρόπο.

1.3 Χαρακτηριστικά Εθνικού συστήματος υγείας

Ενώ κάθε σύστημα μπορεί να είναι μοναδικό, υπάρχουν πολλές κρίσιμες πτυχές που έχουν όλα τα συστήματα. Αυτά μπορούν να συνοψιστούν ως εξής.

- Πώς το σύστημα αλληλεπιδρά και εξαρτάται από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί,
- Ένα σύστημα ορίζεται σε σχέση με το περιβάλλον του, ανταλλάσσονται πληροφορίες μεταξύ αυτού και του λειτουργικού του περιβάλλοντος και
- η πολυπλοκότητα ενός συστήματος καθορίζεται από τα στοιχεία που το αποτελούν.
- Το σύστημα έχει μια ιεραρχική δομή και κάθε σύστημα έχει διακριτούς σκοπούς και στόχους που πρέπει να επιτύχει.

Από τα παραπάνω, ένα σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συλλογή υποσυστημάτων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον για την επίτευξη του στόχου του συστήματος, που είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας των κατοίκων (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007).

Για να το θέσω αλλιώς, ένα σύστημα υγείας οργανώνει και διαχειρίζεται τόσο την ανθρώπινη ικανότητα όσο και τους υλικούς πόρους που χρησιμοποιούνται στην υγεία μέσω της προγραμματισμένης ανάπτυξης υπηρεσιών για την προώθηση του αγαθού της υγείας στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας στην οποία βρίσκεται το σύστημα. Λειτουργούσε (Λιαρόπουλος, 2007).

Υπάρχουν τρία υποσυστήματα που απαρτίζουν το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας και είναι τα εξής: (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)

Αναφορικά με τα στοιχεία που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, τη δημιουργία υπηρεσιών και προϊόντων που σχετίζονται με την υγεία και τις μεθόδους πληρωμής της υγειονομικής περίθαλψης.

Ουσιαστικά, το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στο πώς χρηματοδοτείται το Σύστημα Υγείας, το δεύτερο στο πώς υποστηρίζεται διοικητικά και το τρίτο στο πόσο κοστίζουν οι υπηρεσίες υγείας.

Ο αγγλικός όρος «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που χαρακτηρίζει το σύστημα περίθαλψης που υπήρχε και χρησιμοποιείται σήμερα στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1948 και μετά, μεταφράστηκε στα ελληνικά και χρησιμοποιήθηκε ως βάση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το καταστατικό 1397/Φ.43Α/7-10-1993 στην Ελλάδα ήταν το πρώτο που έκανε αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εκτός από τον ορισμό του όρου «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ο νόμος αυτός σκιαγράφησε και τους αρχικούς στόχους που θα αντιμετώπιζε για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα δομημένο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)*

Οι τρεις κύριοι στόχοι - η προαγωγή της υγείας των πολιτών, η διατήρηση της υγείας των πολιτών και η αποκατάσταση της υγείας όταν είναι απαραίτητο - θεσπίστηκαν από το βρετανικό σύστημα υγείας που ισχύει επί του παρόντος. Δεδομένου ότι η βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και η προώθηση της θεραπείας τους με το χαμηλότερο κόστος για αυτούς είναι απαίτηση για να θεωρείται το σύστημα υγείας πλήρες και αποτελεσματικό, θα πρέπει επίσης να είναι δημόσιο αγαθό. Όλες οι προαναφερθείσες υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας δημόσιας υγείας παρέχονται ως μέρος κάθε συστήματος υγείας, όπως προκύπτει από τα προαναφερθέντα. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι η υγιεινή της εργασίας είναι μέρος των προαναφερθέντων. *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)*

1.4 Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το οργανωτικό πλαίσιο κάθε συστήματος αντανακλά ουσιαστικά την ιδέα που καθοδηγεί τον τρόπο με τον οποίο μια κοινωνία προσεγγίζει την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πληθυσμού της. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο καλύπτουν τις κοινωνικές ανάγκες ενόψει ασθενειών, ατυχημάτων και των δυσμενών συνθηκών ορισμένων κοινωνικοοικονομικών ομάδων.

Ως αποτέλεσμα, κυριαρχούν δύο θεμελιώδη μοντέλα συστημάτων υγείας - το Bismark και το Beveridge - που αναγνωρίζονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Στο πρώτο σενάριο, το κράτος καλύπτει τις ανάγκες, με κύριο άξονα την κάλυψη των εργαζομένων, ενώ στο δεύτερο σενάριο, το κράτος καλύπτει τις ανάγκες όλων των ανθρώπων, με βάση τις αρχές της ισότητας και των δικαιωμάτων. *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)*

Δεδομένου ότι οι ανάγκες της κοινωνίας βασίζονται στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ένα σύστημα υγείας που αναφέρεται ως φιλελεύθερο έχει επίσης παρουσιαστεί τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό το σύστημα αναφέρεται στο ότι το κράτος παίζει έναν σχετικά ελάχιστο ρόλο στις ανάγκες της κοινωνίας. Ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες είναι διαθέσιμες μόνο σε άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα επειδή το κράτος θέλει να καλύψει το κενό στις υπηρεσίες υγείας για τους φτωχούς. *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007).*

Οι τιμές για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζονται φυσικά από την προσφορά και τη ζήτηση σε μια ελεύθερη αγορά. Αυτό είναι αποτέλεσμα της απόλυτης ελευθερίας του καταναλωτή να έχει πρόσβαση και να επιλέγει την καλύτερη επιλογή που ταιριάζει στις απαιτήσεις του. Μόνο όσοι έχουν χαμηλή κοινωνική θέση που δεν μπορούν να πληρώσουν αυτό το τέλος καλύπτονται από το κράτος όταν αγοράζουν υγειονομική περίθαλψη *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)*

Τα κύρια χαρακτηριστικά ενός φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι τα εξής:

- Το σύστημα βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, η οποία έχει μειονεκτήματα γιατί αφήνει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού χωρίς ασφάλιση.
- Το κράτος είναι αυτό που δημιουργεί το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της συγκεκριμένης αγοράς, αλλά δεν ασχολείται με τις συναλλαγές των υπηρεσιών υγείας.
- Υπάρχουν μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς των εργαζομένων και ενθαρρύνονται τα φαινόμενα επαγόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Από την άλλη, το μοντέλο Bismark, το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που ιδρύθηκε στη Γερμανία το 1880, αναφέρεται στην κάλυψη των αιτημάτων των πολιτών για υπηρεσίες υγείας με βάση τις αρχές της ασφάλισης. Ξεκίνησε ως ασφάλιση συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, αλλά με την πάροδο του χρόνου εξελίχθηκε σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας.

Το σύστημα τύπου Beveridge, έχει προέλθει από την Μεγάλη Βρετανία και αναπτύχθηκε με βάση τη φιλοσοφία ότι ένα Σύστημα Υγείας θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο, δηλαδή για όλες τις υπηρεσίες σε όλα τα άτομα του πληθυσμού που απευθύνεται. Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα αυτό προσπαθεί να εισαγάγει τη λογική του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας για όλους τους πολίτες. Όπως είναι αντιληπτό, το σύστημα αυτό βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη για υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών ανεξάρτητα από το οικονομικό ή κοινωνικό υπόβαθρο που αυτοί έχουν.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού, βάσει των *(Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007)* είναι:

- Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας προέρχεται από τη φορολογία,
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική,

Αυτά είναι τα χαρακτηριστικά στα οποία βασίζεται αυτό το σύστημα:

- κοινωνική δικαιοσύνη,
- πληθυσμιακή κάλυψη συνολικά,
- εντολές ασφάλισης πληθυσμού κ.λπ.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και οι χρήστες πληρώνουν τέλη ανάλογα με το εισόδημα και την οικονομική τους ικανότητα. Τόσο ο δημόσιος όσο και ο εμπορικός τομέας περιλαμβάνουν όλες τις πτυχές της παραγωγής.

Ένα υβριδικό σύστημα υγείας, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ενσωματώνει πτυχές των μοντέλων κοινωνικής ασφάλισης Beveridge και Bismark με ταυτόχρονη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα. Το πρώτο μοντέλο (Beveridge) παρέχει ένα σύστημα κοινωνικής φροντίδας που ενώνει την οικογένεια και το εργατικό δυναμικό προκειμένου να παρέχει προστασία σε όλους τους κατοίκους.

Στόχος αυτού του συστήματος είναι να διασφαλίσει ότι κανείς δεν θα μείνει χωρίς ασφάλιση επειδή το κράτος παρέχει υπηρεσίες υγείας και ελέγχει την οργάνωση αυτών των υπηρεσιών.

Το δεύτερο μοντέλο (Bismark) περιλαμβάνει ιδιωτική χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω αμοιβών εργοδότη και εργαζομένων. Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης μοιράζεται επί του παρόντος μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών.

Η συνύπαρξη των δύο στρατηγικών επηρεάζει τα οικονομικά των νοσοκομείων αλλά και τις υποδομές. Ο Touda (2010) εκτιμά ότι το 52,8% των δαπανών αποτελείται από τον δημόσιο τομέα και το υπόλοιπο από τον ιδιωτικό τομέα. Οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 30% των δημόσιων δαπανών για την υγεία, με τους φόρους να καλύπτουν το υπόλοιπο 70%.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: (Τούντας, 2010)

- Διαθέτει μικτό σύστημα υγείας, χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση και τους φόρους που πληρώνουν οι κάτοικοι και διοικείται κυρίως από το Υπουργείο Υγείας.
- Το ΕΣΥ παρέχει υπηρεσίες υγείας και η διοικητική εξουσία επ' αυτών ανήκει στις Περιφέρειες.
- Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας.
- Οι νοσοκομειακοί γιατροί αμείβονται με μισθό από το κράτος, ενώ οι ιδιώτες από την υπηρεσία που παρέχουν. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ασφαλιστικές εταιρείες, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και ιδιώτες γιατρούς.

1.5 Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Στην Ελλάδα τα νοσοκομεία κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με το σύστημα που τα εποπτεύει. Νοσοκομεία που είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), Νοσοκομεία Ενόπλων Δυνάμεων και Ιδιωτικά Νοσοκομεία που είναι Ανώνυμες Εταιρείες, βρίσκονται όλα στην Ελλάδα. (Τούντας κ.ά., 2007).

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ., που σημαίνει ότι είναι ανεξάρτητα, αυτόνομα και αυτοδιαχειριζόμενα ιδρύματα. Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία χωρίζονται σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και Νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. (Tountas et al., 1995).

Νοσοκομεία όπως το Onasio και το Errikos Dunan είναι Ν.Π.Ι.Δ., δηλαδή δεν είναι ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά και τα διαχειρίζεται η κυβέρνηση. Τα στρατιωτικά, τα ναυτικά και τα νοσοκομεία της Πολεμικής Αεροπορίας, τα οποία παρέχουν περίθαλψη σε αξιωματικούς και στρατεύσιμους, υπάγονται σε ξεχωριστή κατηγορία νοσοκομείων. Επιπλέον, τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα διοικούνται από Α.Ε. με μετόχους την πλειοψηφία των γιατρών. Όμως τα τελευταία χρόνια, οι επιχειρηματίες έχουν αρχίσει να εισέρχονται στον ιδιωτικό τομέα των υπηρεσιών υγείας. (Tountas et al., 2005).

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 158 Νοσοκομεία, τα οποία περιλαμβάνουν τα Γενικά και τα Πανεπιστημιακά, των Ενόπλων Δυνάμεων και του ΙΚΑ.

Αναλυτικότερα, διακρίνονται βάσει της νομικής τους μορφής σε:

- 155 Ν.Π.Δ.Δ., περιλαμβανομένων και 11 υπό ειδικό καθεστώς,
- 3 ΝΠΙΔ (Ερρίκος Ντυνάν, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και ΠΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης).

Επίσης μπορούν να διακριθούν βάσει του σκοπού λειτουργίας τους σε:

- 142 Γενικά Νοσοκομεία (από αυτά 125 Νοσοκομεία και 17 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας),
- 16 Ειδικά Νοσοκομεία (από αυτά 10 Ψυχιατρικά, 5 Αφροδίσια, Δερματικά, Λοιμωδών, Ειδικών Παθήσεων και Νοσημάτων Θώρακος και 1 Οφθαλμιατρείο).

Τα Γενικά Νοσοκομεία αναλύονται με βάση τη δυναμικότητά τους σε τέσσερις κατηγορίες (Υπ. Υγείας, 2011):

- 10 πολύ μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 50 κλίνες,

- 32 μικρά νοσοκομεία δυναμικότητας 50 – 150 κλινών,
- 40 μεσαία νοσοκομεία δυναμικότητας 150 – 300 κλινών,
- 43 μεγάλα νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 300 κλινών.

1.6 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Στρεβλώσεις και Προβλήματα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι η πιο σημαντική μετα-αποικιακή μεταρρύθμιση που έχει εν μέρει εφαρμοστεί επειδή: (α) η ίδρυση ενός συστήματος δημόσιας υγείας ήταν σχεδόν καθολικά απαίτηση από την κοινωνία. (β) υπήρχε πολιτική βούληση· (γ) ελήφθησαν επαρκής χρηματοδότηση και κίνητρα· και (δ) είχε την υποστήριξη του μεγαλύτερου μέρους του ιατρικού ιδρύματος. (Tountas, Stefannson, & Frissiras, 1995).

Το ΕΣΥ κατασκευάστηκε για πρώτη φορά με τη ζήτηση να αγνοείται σε μεγάλο βαθμό και να εξετάζεται μόνο η πλευρά της προσφοράς. Το ΕΣΥ δεν εκσυγχρονίστηκε και τροποποιήθηκε διαχρονικά για να ολοκληρώσει το ήδη υπάρχον σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΥΥ), δεν ανανέωσε το εργατικό του δυναμικό και δεν εξελίχθηκε σε σύγχρονο δημόσιο ίδρυμα με την ένταξη των Πολυϊατρείων του ΙΚΑ ως αστικά Κέντρα Υγείας. Οι αρχές του άρχισαν να διαλύονται και το «ελκυστικό» (γραφειοκρατική, τοξική ατμόσφαιρα, απόρριψη αξιολόγησης, αμφισβήτηση ηγεσίας, έλλειψη πάθους) κυριαρχεί, εμποδίζοντας το έργο να ολοκληρωθεί.

Το ΕΣΥ αδυνατεί σήμερα να προσαρμοστεί σε διευρυνόμενες απαιτήσεις και σύγχρονα ζητήματα λόγω υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης, κακοδιαχείρισης, καθώς και της αλόγιστης κατανομής υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων, που οδηγεί στη δημιουργία και διεύρυνση κενών και ανισοτήτων.

Το ΕΣΥ ορίζεται επιπλέον από:

Έλλειψη δομημένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και Β έλλειψη σύγχρονων εγκαταστάσεων φροντίδας (νοσοκομεία κατ' οίκον, μονάδες ημερήσιας φροντίδας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες για χρόνια πάσχοντες). (γ) Η αραιή εφαρμογή της νέας τεχνολογίας. (δ) η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, ελέγχου ή αξιολόγησης· ε) την ανάπτυξη μιας μεγάλης

άτυπης οικονομίας· και (στ) η γερασμένη και φθαρμένη φύση του υγειονομικού προσωπικού.

Ένας γενικός ιατρός ή ένας οικογενειακός ιατρός θα είναι διαθέσιμος 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, με τη βοήθεια της υγείας της ομάδας, για να παρέχει φροντίδα πρώτης επαφής, πρόληψη, φροντίδα παρακολούθησης, παρακολούθηση χρόνιων ασθενειών, παραπομπή σε ειδικούς όπως απαιτείται κ.λπ. Αυτό είναι ένα γεγονός που το NHS δεν έχει προσφέρει σε ολόκληρο τον πληθυσμό για σχεδόν τρεις δεκαετίες. Αντί να χορηγούν αυτές τις θεραπείες ένας προς έναν, οι γενικοί ιατροί παραδίδουν ομάδες ασθενών. (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2002).

Λόγω έλλειψης πολιτικής βούλησης, έλλειψης πόρων, κακού σχεδιασμού και ισχυρής συνδικαλιστικής αντιπολίτευσης, οι επαναλαμβανόμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες δεν απέδωσαν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2002).

Πριν από τα υπομνήματα, η θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣ) και η αλλαγή του καθεστώτος των νοσοκομείων του NHS από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου ήταν οι μόνες νομικές αλλαγές που μπορούσαν να γίνουν (ΝΣ). Το υπουργείο του Αλέκου Παπαδόπουλου είδε την εισαγωγή όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του ΕΣΥ, καθώς και το σύστημα ανώτατου διοικητή στα νοσοκομεία και τη δημιουργία απογευματινών κλινικών (2001) (Yfantopoulos, 2015).

Τα «Δίκτυα ΠΦΥ» ξεκίνησαν από τον Κώστα Γείτονα (1997) και τον Κώστα Στεφανή (2004), ωστόσο δεν έγιναν ποτέ πράξη. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που θα μπορούσαν να γίνουν, ως αποτέλεσμα των μνημονιακών απαιτήσεων, ήταν η ένταξη των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), η κατασκευή του ΕΟΠΥΥ και η μηχανογραφική συνταγογράφηση. Οι συστάσεις της τρόικας επικεντρώθηκαν κυρίως στη μείωση των δαπανών παρά στην αύξηση της αποτελεσματικότητας μέσω πιο εκτεταμένων διαρθρωτικών προσαρμογών. Δεν είχαν την απαιτούμενη επιστημονική τεκμηρίωση και τεκμηρίωση πολιτικής, καθώς και ένα πρόγραμμα διαχείρισης για την επικοινωνία και την πολιτική για εκείνους που θα ήταν υπεύθυνοι για την εφαρμογή τους στην πράξη. (Yfantopoulos, 2015).

1.7 Δημόσιες δαπάνες για την υγεία

Μόλις το 5% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για κρατικές δαπάνες που σχετίζονται με την υγεία το 2017. Ωστόσο, η πραγματική αξία του δημόσιου τομέα υπερβαίνει τις επίσημες προβλέψεις, με αποτέλεσμα ένα επιπλέον 1% του ΑΕΠ να πηγαίνει στη δημόσια υγεία. Αυτό οφείλεται στον μηχανισμό clawback, ο οποίος αποτελεί σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ και δίνει τη δυνατότητα στην κυβέρνηση να καλύψει τη ζήτηση για περισσότερα προϊόντα και υπηρεσίες, ενώ παράλληλα ανακτά τις πλεονάζουσες δαπάνες από τους πωλητές. (Yfantopoulos, 2015).

Τόσο το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) όσο και το Ευρωπαϊκό Διαρθρωτικό και Επενδυτικό Ταμείο (ΕΔΕΤ) έχουν κάνει σημαντικές χρηματοδοτικές συνεισφορές στον τομέα της υγείας. Ο προϋπολογισμός 2014-2020 διέθεσε συνολικά 545 εκατ. ευρώ για αλλαγές στον τομέα της υγείας, με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να λαμβάνει το 50% αυτού του ποσού. (ΠΟΥ, Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη, 2019α).

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούσε το 42% των συνολικών δαπανών το 2017, ενώ τα φαρμακευτικά προϊόντα το 31% και τα εξωτερικά ιατρεία το 12%. 22 τοις εκατό. Περίπου το ήμισυ του κόστους των φαρμάκων και των εξωτερικών θεραπειών και το ένα τέταρτο του κόστους της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης καλύπτονται απευθείας από ιδιωτικές εισφορές. Η Ελλάδα κατατάσσεται μεταξύ των τριών χειρότερων κρατών μελών της ΕΕ όσον αφορά τις δαπάνες προληπτικής φροντίδας, μαζί με την Κύπρο και τη Σλοβακία, δαπανώντας μόνο 20 ευρώ ανά άτομο (έναντι 89 ευρώ για τον μέσο όρο της ΕΕ) ή 1,3 τοις εκατό των συνολικών δαπανών για την υγεία (Yfantopoulos, 2015).

Ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών, καλύπτεται από τα νοικοκυριά. Το Διάγραμμα 8 δείχνει ότι μόνο το 61 τοις εκατό των δαπανών για την υγεία της Ελλάδας καλύπτεται από την κυβέρνηση, με τα νοικοκυριά να καλύπτουν μεμονωμένα το 35 τοις εκατό του κόστους (το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ). Το 2010 σημειώθηκε το χαμηλότερο ποσοστό (28%), ενώ το 2014 το υψηλότερο (37%). (Yfantopoulos, 2015).

Τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους συνδέονται κυρίως με την επαγόμενη ζήτηση (ζήτηση με γνώμονα την προσφορά), η οποία οφείλεται κυρίως στα ασφάλιστρα φαρμάκων και στα έξοδα για μη ομαδοποιημένες υπηρεσίες, όπως επισκέψεις ειδικών, νοσηλευτική φροντίδα και οδοντιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, πάνω από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών είναι άτυπες, γεγονός που εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με την ανισότητα και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. (WHO, Regional Office for Europe, 2018).

Με μόνο το 4% όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2017 να προορίζονται για προαιρετική ασφάλιση υγείας, έχει αμελητέο αντίκτυπο. Ο νόμος επιβάλλει πλέον καθολική κάλυψη. Η πληθυσμιακή κάλυψη της Ελλάδας συσχετίστηκε κυρίως με το εργασιακό καθεστώς μέσω του προγράμματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης υγείας της χώρας. Μια σειρά παροχών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των διαγνωστικών εξετάσεων και της εξειδικευμένης περίθαλψης σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς, είναι διαθέσιμα στους ασφαλισμένους. Από το 2012, οι γιατροί έχουν περιοριστεί στο ποσό των ημερήσιων, εβδομαδιαίων και μηνιαίων ραντεβού που θα πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ για να ικανοποιήσει την αυξανόμενη ζήτηση (Yfantopoulos, 2015).

Από την άλλη πλευρά, η επιβολή αυτών των περιορισμών μπορεί να αναγκάσει τους ασθενείς να αναβάλουν τη θεραπεία, να αλλάξουν γιατρό ή να πληρώσουν για το ραντεβού απευθείας μέσω άμεσης πληρωμής, είτε επίσημα είτε «κάτω από το τραπέζι». Η οικονομική κρίση αποκάλυψε ένα τεράστιο χάσμα στην πληθυσμιακή κάλυψη των ανέργων και των εξαρτώμενων από αυτούς, με περισσότερα από 2 εκατομμύρια άτομα χωρίς πρόσβαση σε κρατικές υπηρεσίες μέχρι το 2015. Το 2016, όταν διατέθηκαν περισσότερα χρήματα για την κάλυψη των προηγουμένως ανασφάλιστων, Το ζήτημα επιλύθηκε με επιτυχία μετά από μια σειρά νομοθετικών και διοικητικών πρωτοβουλιών που είχαν ξεκινήσει το 2013.

1.8 Η Υφιστάμενη Κατάσταση στον Νοσοκομειακό Τομέα

Η κατάσταση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αυτή τη στιγμή το 65 τοις εκατό των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα, ενώ το 35 τοις εκατό στον ιδιωτικό τομέα. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κρεβατιών βρίσκεται σε μικροσκοπικές έως μεσαίου μεγέθους ιατρικές, μαιευτικές/γυναικολογικές ή ψυχιατρικές κλινικές με λιγότερες από 100

κλίνες, λίγους ασθενείς και χαμηλή αναλογία προσωπικού ανά τύπο προσωπικού. Τα νοσοκομεία απασχολούν κυρίως τον ΕΟΠΥΥ για να προσφέρουν στους ασφαλισμένους ασθενείς θεραπείες μέσης ποιότητας (*Economou et al., 2017*).

Μια δεύτερη ομάδα ιδιωτικών κρεβατιών μπορεί να βρεθεί σε μερικά νοσοκομεία υψηλού προφίλ, σε λογικές τιμές με 150–400 κλίνες, κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες premium σε ασθενείς που είναι ανασφάλιστοι ή με ιδιωτική ασφάλιση (*Kondilis et. al. , 2011*).

Υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης υπάρχουν στον ιδιωτικό τομέα, με λιγότερα ιδιωτικά νοσοκομεία να κατέχουν αυξανόμενο μερίδιο της αγοράς (*Boutsoli, 2007*).

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το 43% των νοσοκομειακών κλινών της Ελλάδας βρίσκεται στην Αττική, η οποία είναι η έδρα της πρωτεύουσας της Αθήνας και φιλοξενεί το 35% του πληθυσμού της χώρας. Η Θεσσαλονίκη, η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη στην Ελλάδα, βρίσκεται στην Κεντρική Μακεδονία, η οποία έχει επίσης το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό συνολικών κλινών (17,8%). Προκειμένου να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας και αποτελεσματική κατανομή των πόρων, μια ομάδα εμπειρογνομόνων που ορίστηκε από τον υπουργό Υγείας παρουσίασε μια σειρά από ιδέες για αναδιοργάνωση των νοσοκομείων το 2011 (*Liaropoulos et al., 2012; ESDY, 2011*).

Μετά από δημόσια διαβούλευση με διευθυντές υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας σε διάφορες περιφερειακές διοικήσεις υγείας, το τελικό προσχέδιο κυκλοφόρησε τον Ιούλιο του 2011. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012).

Υπάρχουν πλέον 82 συμβούλια που επιβλέπουν τη διοίκηση όλων των νοσοκομείων, αναλαμβάνοντας τη θέση των συμβουλίων των δημόσιων νοσοκομείων. Επιπλέον, το ΕΣΥ έλαβε πέντε εγκαταστάσεις ιδιοκτησίας του ΙΚΑ, οι οποίες μετατράπηκαν σε επεκτάσεις πέντε σημαντικών κρατικών νοσοκομείων. Οι νοσοκομειακές κλίνες στο ΕΣΥ μειώθηκαν σε 30.157.

Οκτώ μικρότερα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε αστικά κέντρα υγείας, μονάδες υποστήριξης και παρηγορητικής φροντίδας, νοσοκομεία βραχυχρόνιας και αποκατάστασης και συνολικά

600 ιατρικά τμήματα και μονάδες καταργήθηκαν (Nikolentzos, Kontodimopoulos, Polyzos, Thireos, & Tountas, 2015).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένο στα νοσοκομεία, όπου τα ποσοστά πληρότητας κρεβατιών (74%) είναι συγκρίσιμα με τον μέσο όρο της ΕΕ και η μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες) είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ (Eurostat, 2017b, Xenos et al., 2016, 2017).

Τα νοσοκομεία, από την άλλη πλευρά, αντιμετωπίζουν διάφορα θέματα διαχείρισης, όπως η έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, οι υποκειμενικές ιατρικές κρίσεις των γιατρών και η μεγαλύτερη εξάρτηση από υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, που μπορεί να οδηγήσει σε συνωστισμό, υψηλότερες δαπάνες και αναποτελεσματικότητα (Μηνογιάννης, 2012).

Το ένα τρίτο των επειγόντων εισαγωγών σε γενικό νοσοκομείο για χειρουργική, ΩΡΛ, μαιευτική και οφθαλμολογία, καθώς και το 40% των ορθοπεδικών, μπορεί να διεκπεραιώνονται από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με ορισμένα δεδομένα (Marinos et al., 2009).

1.9 Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Σε όλο τον κόσμο, οι κλινικές και τα ημερήσια χειρουργεία, οι ξενώνες για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, τα κέντρα κλινικής παραπομπής για χρόνιες ασθένειες και οι δομικές συγχωνεύσεις με μείωση/αντικατάσταση κρεβατιού γίνονται όλο και πιο κοινά.

Ενώ οι μικρότερες μονάδες δημιουργούν προβλήματα προσβασιμότητας, οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων έχουν συχνά ευεργετικά αποτελέσματα στη διοίκηση, την αποτελεσματικότητα, την αποτελεσματικότητα και την εξοικονόμηση πόρων.

Όταν τα νοσοκομεία ενοποιούνται ή αλλάζουν σκοπούς, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πρόσθετοι κοινωνικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των εξόδων ταξιδιού, του χρόνου, του βάρους της νοσηρότητας και της διαχείρισης έκτακτης ανάγκης.

Δεδομένου ότι ο αριθμός των επανεισδοχών, οι επισκέψεις σε γιατρό και η γενική υγεία της ομάδας αναφοράς δεν επηρεάζονται από τη μείωση του κρεβατιού, δεν επηρεάζεται ούτε η

πρόσβαση των ασθενών ούτε η ποιότητα των υπηρεσιών. (*Kristensen, Pedersen, and Bogetoft*) (2010).

Τα νοσοκομεία με 100–200 κλίνες τείνουν να επωφελούνται από οικονομίες κλίμακας, ενώ μεγαλύτερες εγκαταστάσεις (300–600 κλίνες) μπορούν επίσης να επωφεληθούν από αυτές. Μεγάλες ιατρικές εγκαταστάσεις κατασκευάζονται από μικρά νοσοκομεία, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, με ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα.

Αρκετές σχετικά νέες ιατρικές εγκαταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων

(α) Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί σε ένα νοσοκομειακό καταπίστευμα με ενιαίο νομικό και διοικητικό καθεστώς.

(β) Ένα δίκτυο νοσοκομείων που έχουν προγραμματικές συμφωνίες μεταξύ τους και ίσως συλλογική διαχείριση.

(γ) Πλήρως λειτουργικό νοσοκομείο με δυνατότητα προσωρινής ή έκτακτης στελέχωσης καθώς και συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα.

Πολλά από τα προαναφερθέντα έχουν εφαρμοστεί αποτελεσματικά σε πολλά ευρωπαϊκά έθνη. Για παράδειγμα, η μεταρρύθμιση των νοσοκομείων στη Δανία ξεκίνησε το 2007 με τη δημιουργία νοσοκομείων εξειδικευμένων υπηρεσιών και την ενοποίηση των νοσοκομειακών μονάδων σε λιγότερες, μεγαλύτερες μονάδες (π.χ. εξειδικευμένες κλινικές).

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων εξοικονομούν μεταξύ 19,5% και 22,5% κατά μέσο όρο, σύμφωνα με (*Kristensen, Bogetoft και Pedersen* (2010).

Υπήρχαν 99 καταπιστεύματα στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1997, 14 από τα οποία βρίσκονταν στο Λονδίνο. Οι συγχωνεύσεις οδήγησαν σε εξοικονόμηση £178.700 το πρώτο έτος και £346.800 το δεύτερο έτος (αρχικός στόχος £500.000 / έτος), καθώς και καλύτερα συστήματα διαχείρισης, κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου, ισχυρότερο επαγγελματικό δίκτυο, περισσότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και μετέπειτα επαγγελματική ανάπτυξη και άλλα οφέλη (*Fulop et al.*, 2002).

Οι Kjekshus και Hagen (2007) εξέτασαν τις επιπτώσεις επτά συγχωνεύσεων που συνέβησαν μεταξύ 1992 και 2000 σε 17 μη ψυχιατρικά ιδρύματα στη Νορβηγία. Πριν από τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων, όλα τα νοσοκομεία βελτίωσαν την απόδοσή τους κατά 3,6% έως 12,9% (ίσως λόγω μεγαλύτερης συνεργασίας), αλλά ο αντίκτυπος των συγχωνεύσεων νοσοκομείων στην τεχνική αποτελεσματικότητα ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτος (*Tsavalias, Siskolu & Liaropoulos, 2012*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Τέσσερις περίοδοι μπορούν να εντοπιστούν στην εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα διαχρονικά:

Η πρώτη φάση της νοσοκομειακής περίθαλψης ξεκίνησε με την ίδρυση του ελληνικού κράτους και διήρκεσε μέχρι το 1909. Στο διάστημα αυτό, ευεργέτες, δήμοι και μοναστήρια παρείχαν φροντίδα, αλλά είχαν μικρό προσωπικό και ελάχιστους πόρους για να βοηθήσουν ουσιαστικά τους ασθενείς. Έγινε καταφύγιο μόνο για τους φτωχούς γιατί τόσο τα πλούσια όσο και τα λαϊκά στρώματα απέφυγαν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες. Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να δημιουργήσει τις απαιτούμενες υποδομές και να διαχειριστεί σωστά την υγειονομική της περίθαλψη λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων, σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ζητημάτων και ανεπαρκούς τεχνολογικής βοήθειας. (Σιγάλας, 1999)

Σε ακμάζουσες οικονομικά πόλεις χτίστηκαν τα πρώτα νοσοκομεία, μεταξύ των οποίων το Νοσοκομείο Σύρου (1830), το Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς (1836) στην Αθήνα, το Ζάνειο (1875) στον Πειραιά και ο Ευαγγελισμός (1884) στην Αθήνα. Με την έναρξη λειτουργίας της «Πολυκλινικής» στην Αθήνα το 1903 ξεκίνησε και επίσημα η ενασχόληση του ιδιωτικού τομέα στην ιατρική περίθαλψη στο έθνος μας (Σιγάλας, 1999)

Λόγω των μοναδικών συνθηκών που υπήρχαν, η δεύτερη φάση (1909–1952) διακρίνεται από την ενεργό συμμετοχή του κράτους στον κλάδο της υγείας και την ανάπτυξη κρατικών, γενικών και ειδικών νοσοκομείων. Το πρώτο εκτεταμένο δίκτυο στην ελληνική περιφέρεια κατασκευάστηκε από στρατιωτικά και αργότερα προσφυγικά νοσοκομεία που ιδρύθηκαν για να καλύψουν τις ανάγκες. Παρά το γεγονός ότι η χρήση του νοσοκομείου είχε αυξηθεί και οι συνθήκες υγείας είχαν βελτιωθεί σημαντικά σε αυτό το διάστημα, ο βαθμός περίθαλψης που προσέφερε παρέμεινε χαμηλότερος σε σύγκριση με αυτόν των ευρωπαϊκών χωρών (Σιγάλας, 1999)

Τα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικό» στην Αθήνα ήταν μια ανωμαλία, που πρόσφεραν κορυφαία φροντίδα και ξεχώριζαν ως οι μοναδικοί επιστημονικοί κόμβοι της εποχής. 1999 (Σιγάλας)

Η Ελλάδα χωρίζεται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες κατά την τρίτη περίοδο (1953–1982), οι αρμοδιότητες της κεντρικής αρχής σε αυτές τις περιοχές καταργούνται και για πρώτη φορά γίνονται διοικητικές παραχωρήσεις στον τομέα της υγείας με βάση παράγοντες όπως πληθυσμός, νοσηρότητα και άλλους παράγοντες που συμβάλλουν στη διασφάλιση της σωστής και επιστημονικής γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών.

Η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου φαίνεται να είναι ιδιαίτερα οργανωμένη, με έμφαση στον κοινωφελές χαρακτήρα της. Κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., καθώς και ιδιωτικές κλινικές, παρέχουν τη φροντίδα αυτή. (Σιγάλας, 1999).

Ο αγώνας για την κατασκευή και ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι αυτό που διακρίνει την τέταρτη χρονική περίοδο, η οποία διαρκεί από το 1983 έως σήμερα (NHS). Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι υποδομές και το προσωπικό των νοσοκομείων βελτιώθηκαν σημαντικά και η ποιότητα της περίθαλψης βελτιώθηκε σημαντικά. Η οργάνωση, η διαχείριση και η λειτουργία του νοσοκομείου επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το κράτος (Σιγάλας, 1999)

2.2 Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα

Με τον όρο «υγειονομική περίθαλψη», υπονοούμε τη θεραπεία ιατρικών καταστάσεων. η οποία αναλύεται σε δύο κατηγορίες: κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στα νοσοκομεία, και ανοικτή ή εξωτερική περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει ιατρικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία ενός προβλήματος υγείας εκτός νοσοκομείου. (Σιγάλας, 1999)

2.3 Τα τρία βασικά επίπεδα της υγειονομική περίθαλψη

1^ο επίπεδο

Η πρώτη αλληλεπίδραση του ασθενούς με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του τομέα υγείας γίνεται στα κέντρα υποδοχής ασθενών στο πρώτο επίπεδο θεραπείας (πρωτοβάθμια). Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται, παράγονται και διανέμονται οι υπηρεσίες πρώτου επιπέδου και εκτείνεται από 500 έως 50.000 άτομα. (Σιγάλας, 1999)

Περιλαμβάνει:

- Τα νοσηλευτικά και ιατρικά καθήκοντα που εκτελούνται στις κλινικές του νοσοκομείου (Εξωτερικά Ιατρεία).
- Η νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη που παρέχεται για την έγκαιρη αντιμετώπιση των κρίσεων (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).
- Δραστηριότητες που αφορούν την εφαρμογή της κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής.

2^ο επίπεδο

Γιατροί από τις πρωτοβάθμιες ειδικότητες του νοσοκομείου παρέχουν φροντίδα στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης (δευτεροβάθμιας) (παθολόγος, χειρουργός). Το νοσοκομείο αντιμετωπίζει κοινά προβλήματα υγείας. Ο πληθυσμός που εξυπηρετείται από τα νοσοκομεία κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 άτομα. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη συνεπάγεται την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Αυτό περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακές εξετάσεις για την εκπλήρωση των απαιτήσεων νοσηλείας, καθώς και τη διενέργεια κοινών μικροχειρουργικών επεμβάσεων (Σιγάλας, 1999)

3^ο επίπεδο

Η θεραπεία σύνθετων ή εξειδικευμένων θεμάτων υγείας αναφέρεται ως παροχή τριτοβάθμιας περίθαλψης ή τρίτου επιπέδου περίθαλψης. Οι γιατροί των περιφερειακών νοσοκομείων προσφέρουν φροντίδα σε 500.000–1,5 εκατομμύρια ασθενείς.

Εκτός από την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου, απαιτεί επίσης:

Υψηλές εξειδικευμένες γνώσεις

Υψηλές εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης

Υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό

Τη συνεργασία και την υποστήριξη διαφορών ειδικοτήτων ταυτόχρονα (Σιγάλας, 1999)

2.4 Η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της χώρας μας

Δεδομένου ότι ο κύριος στόχος είναι η βελτίωση των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, η γνώμη των καταναλωτών αναζητείται στο σύγχρονο περιβάλλον. Οι πιο σημαντικοί καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών είναι οι ασθενείς που τις λαμβάνουν, αλλά έχουν επίσης το δικαίωμα να εκφράσουν ή να αμφισβητήσουν τις απόψεις τους. Οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν τα προβλήματά τους με περισσότερες λεπτομέρειες προκειμένου να λάβουν μια δεύτερη ευκαιρία στην υπηρεσία.

Η ικανοποίηση των ασθενών πρέπει να μετράται για ηθικούς λόγους. Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι η διάθεση του ασθενούς ήταν ο πιο κρίσιμος παράγοντας. Εξαιτίας αυτού, είναι σημαντικό να ποσοτικοποιηθεί η ικανοποίηση των ασθενών κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Λόγω του ανταγωνισμού και των αυξανόμενων απαιτήσεων, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τους διευθυντές και τα άλλα μέλη του προσωπικού που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στον κλάδο των υπηρεσιών. Το κόστος και η προσβασιμότητα της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η διοίκηση μπορεί να αξιολογήσει, να επιβραβεύσει και να ενισχύσει το ηθικό του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιώντας την ανατροφοδότηση των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να αυξήσει το διαμέτρημα των υπηρεσιών εάν χρησιμοποιηθούν σωστά. Η ευτυχία των ασθενών είναι επομένως ο στόχος της υγείας και όχι απλώς ένας απλός δείκτης ποιότητας. Η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η αίσθηση ελέγχου της νόσου μέσω της συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία έχουν ως αποτέλεσμα όταν εκφράζονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν και την ποιότητα της περίθαλψης (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετίζεται με διάφορες πτυχές της υγείας και της νόσου. Οι επαγγελματίες υγείας και τα διαφορετικά μοντέλα συμπεριφοράς των ασθενών αξιολογούνται μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης πελάτη-ασθενούς. Η μέτρηση της ικανοποίησης στον ιδιωτικό τομέα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προσέλκυση περισσότερων πελατών και ασθενών (στοιχείο μάρκετινγκ επιχειρήσεων) (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση διαφόρων ζητημάτων και σε κάποιο βαθμό να αλλάξουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την υγειονομική περίθαλψη. Όταν ερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών, δίνονται χρήσιμα δεδομένα για τους τομείς φροντίδας που υποστηρίζουν περαιτέρω πρόοδο.

Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες των ασθενών, το προσωπικό μπορεί να προβεί σε ενέργειες που θα βελτιώσουν την ευτυχία των ασθενών, θα βελτιώσουν δραματικά τα αποτελέσματα της θεραπείας, θα επιταχύνουν την ανάρρωση και θα συντομεύσουν τη νοσηλεία (Καλογεροπούλου, 2011).

Οι Έλληνες ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με αυτές των άλλων ασθενών στα άλλα ευρωπαϊκά έθνη, παρά το γεγονός ότι έχουν σημειωθεί πολυάριθμες εξελίξεις στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα από το 1960. Η μετατόπιση των ασθενών από επαρχιακό σε κεντρικό Τα νοσοκομεία και το γεγονός ότι απευθύνονται συχνά σε ξένα νοσοκομεία ή ακόμη και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση, είναι σημάδια της

δυσαρέσκειας τους με το σύστημα υγείας και της έλλειψης εμπιστοσύνης τους στα νοσοκομεία. Αυτό καταδεικνύει ότι έχουν μεγαλύτερη πίστη στις ελληνικές ιδιωτικές κλινικές και εξαρτώνται από αυτές για την παροχή της απαραίτητης φροντίδας και υπηρεσιών από ότι τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (*Αντεριώτη, 2014*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

3.1 Ο Σκοπός των Δημοσίων Νοσοκομείων

Η Ελλάδα διαθέτει ενεργά δημόσια νοσοκομεία παντού, που παρέχουν πρωτοβάθμια έως τριτοβάθμια περίθαλψη. Είτε στελεχώνονται περισσότερο ή λιγότερο, ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο εργάζονται, για να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας.

Οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται αρχικά από τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία με τους ίδιους όρους και συνθήκες για κάθε άτομο του έθνους, ανεξαρτήτως οικονομικής, κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης τάξης στην οποία ανήκει. Οι δύο επιλογές περίθαλψης βρίσκονται πάντα εντός του εύρους των δυνατοτήτων κάθε νοσοκομείου, αλλά η εστίαση είναι στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της φροντίδας, καθώς και στο επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Η χρήση τεχνικών αιχμής ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης είναι ένας άλλος στόχος των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Η θεραπεία για άτομα που έχουν ανάγκη παρέχεται με βάση τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις και μεθόδους, προάγοντας την επιστήμη και βοηθώντας στην προώθησή της. Σε αυτό συνδράμουν και τα οργανωμένα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενισχύουν την έρευνα.

Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία επιδιώκουν επίσης να προωθήσουν οποιαδήποτε πρόσθετη εργασία πέρα από αυτά που έχουν συζητηθεί προηγουμένως, προκειμένου να δημιουργήσουν μια πρωτοποριακή, καλά οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα.

Η Υπουργική Απόφαση 8342/1998, η οποία κυκλοφόρησε στο ΦΕΚ 711/14-07-1998, Τεύχος Β, εμβαθύνει σε όλα όσα προαναφέρθηκαν. Στο ίδιο ΦΕΚ περιγράφονται και διακρίνονται οι πέντε πρωταρχικές αρμοδιότητες ενός δημόσιου νοσοκομείου στην Ελλάδα. Αυτά περιλαμβάνουν:

- Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Η κοινωνική φύση του νοσοκομείου, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί στη θεραπεία ασθενών που είναι άρρωστοι και προσπαθούν να αναρρώσουν.
- Η φροντίδα των βρεφών και των ηλικιωμένων. και τα λοιπά.;
- Για τον έλεγχο ασθενειών και εστιών, τα νοσοκομεία επωφελούνται από εργαστηριακή βοήθεια.
- Την εκπαίδευση, μέσω των Πανεπιστημιακών Σχολών, για την παραγωγή στελεχών υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές και επικουρικό προσωπικό), είτε και μέσω συνεχούς εκπαίδευσης,
- Την τεχνική υποστήριξη σε έξω-νοσοκομειακούς λειτουργούς (ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικές κλινικές). *(Λιαργκόβας, 2004).*

3.2 Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, επειδή είναι ΝΠΔΔ με βάση το ιδρυτικό καταστατικό του 1983, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία λαμβάνουν χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, ενδέχεται να λάβουν και πάλι έμμεση δημόσια στήριξη με τη μορφή απαιτούμενων ασφαλιστικών εισφορών. Αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας αποτελούν αποκεντρωμένα παραδείγματα δημόσιας υπηρεσίας. *(Λιαργκόβας, 2004).*

Τα κρατικά νοσοκομεία, ωστόσο, δεν μπορούν να θεωρηθούν ως εξ ολοκλήρου κρατικές επιχειρήσεις επειδή έχουν τη νομική ιδιότητα του ΝΠΔΔ. Αυτό επηρεάζεται επίσης από το γεγονός ότι τα νοσοκομεία πληρούν δύο από τις τρεις προϋποθέσεις για να κατηγοριοποιηθούν ως δημόσια επιχείρηση. Δηλαδή, παρά το γεγονός ότι τα νοσοκομεία χρεώνουν μια καθορισμένη αμοιβή για τις υπηρεσίες που παρέχουν (το νοσοκομείο) και ότι οι στόχοι τους περιορίζονται στην παροχή ιατρικής περίθαλψης καθώς και στην έρευνα και την εκπαίδευση, δεν έχουν τη νομική δομή του μια εταιρεία περιορισμένης ευθύνης να θεωρείται κρατική επιχείρηση. *(Λιαργκόβας, 2004).*

Τα νοσοκομεία δεν έχουν ούτε συνολικά, ούτε είναι κάποιες αυτόνομες δημόσιες επιχειρήσεις, ως προς την οργανωτική δομή. Θα πρέπει να κατηγοριοποιηθούν ως πλήρως εξαρτώμενα από το κράτος εάν θεωρούνται ως εταιρεία λόγω των πλεονεκτημάτων και των

μειονεκτημάτων τους. Φυσικά, πρέπει να τονιστεί ότι τα νοσοκομεία λειτουργούν ολοένα και περισσότερο με βάση το επιχειρηματικό μοντέλο και σύμφωνα με τις έννοιες διοίκησης και οργάνωσης στη σύγχρονη κοινωνία (Λιαργκόβας, 2004).

Όλα τα κρατικά χρηματοδοτούμενα νοσηλευτικά ιδρύματα (ΕΣΥ, νοσοκομεία ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας κ.λπ.) συγκροτούνται και λειτουργούν σύμφωνα με την οργανωτική τους δομή. Ο οργανισμός κάθε νοσοκομείου καθορίζει την επωνυμία του, τη νομική του δομή, τις υπηρεσίες που παρέχει και την οργάνωση του τομέα και του τμήματος. Ο Οργανισμός είναι επίσης υπεύθυνος για τα ειδικά καθήκοντα κάθε νοσοκομειακού τμήματος, τον συνολικό αριθμό των κλινών και τον τρόπο κατανομής τους στα τμήματα, καθώς και τους ρόλους κάθε κατηγορίας και κλάδου των μελών του προσωπικού που απασχολεί το νοσοκομείο (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Οι τέσσερις υπηρεσίες που απαρτίζουν κάθε νοσοκομείο της Περιφέρειας —που είναι Γενικό— είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική. Εάν υπάρχουν νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία, υπάρχουν μόνο τρεις διαθέσιμες υπηρεσίες, επομένως δεν υπάρχει η διοικητική τεχνική.

Από άποψη ιεραρχίας, όλες οι νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι ίσες μεταξύ τους. Η συνεργασία τους πρέπει να κυλήσει ομαλά και φιλικά, προκειμένου να έχουν το καλύτερο αποτέλεσμα, που είναι η ακριβής διάγνωση και η επιτυχής θεραπεία.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχία και οργανωτική δομή, η οποία σε διοικητικό επίπεδο απαρτίζει μια Διεύθυνση. Διοικητικά, ο γενικός διευθυντής ή ο διαχειριστής ενός νοσοκομείου είναι υπεύθυνος για όλες τις υπηρεσίες του. Εάν μια τέτοια θέση δεν προβλέπεται ή δεν έχει ακόμη καλυφθεί, οι υπηρεσίες είναι άμεσα υπόλογες στον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Πιο συγκεκριμένα, η ιατρική υπηρεσία, που είναι ξεχωριστό τμήμα, χωρίζεται σε τομείς, καθένας από τους οποίους αποτελείται από τμήματα, τα οποία αποτελούνται από τα ίδια είτε από κλινικές, μονάδες ή εργαστήρια συναφών ειδικοτήτων. Ακολουθεί μια περίληψη των τομέων. (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Χειρουργικός Τομέας,

- Παθολογικός Τομέας,
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,
- Εργαστηριακός Τομέας,
- Ψυχιατρικός Τομέας,
- Διατομεακά Τμήματα.

Κάθε Τμήμα παρέχει στα Τμήματά του συγκεκριμένο αριθμό κλινών. Μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει την ισχύ κάθε Τομέα με βάση τις απαιτήσεις του. Φυσικά, υπάρχει όριο στον αριθμό των κλινών σε κάθε Τομέα, το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριακόσιες (300) σε σχέση με τη συνολική χωρητικότητα κλινών του νοσοκομείου. Επιπλέον, οι χειρουργικές και παθολογικές πτέρυγες χωρούν το καθένα έως και το 60% της συνολικής χωρητικότητας κλινών του νοσοκομείου, ενώ το ψυχιατρικό τμήμα μπορεί να αποθηκεύσει έως και το 10% της συνολικής χωρητικότητας κλινών (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Σε κάθε νοσηλευτικό κλάδο που απαρτίζει τα νοσηλευτικά τμήματα ή αυτόνομες Μονάδες διορθώνεται η νοσηλευτική υπηρεσία. Η ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) ή η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού είναι δύο παραδείγματα. Είκοσι (20) έως σαράντα πέντε (45) κλίνες καλύπτονται από κάθε νοσηλευτικό τμήμα. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι ανεξάρτητες Μονάδες που αποτελούν ιεραρχικά υπαγόμενες σε ένα νοσηλευτικό τμήμα μονάδες. Κάθε νοσηλευτικός τομέας πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα και το πολύ οκτώ. Δεν δημιουργείται νοσηλευτικός τομέας όταν υπάρχουν λιγότερα από τέσσερα τμήματα (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Σε κάθε νοσοκομείο υπάρχει νοσηλευτική επιτροπή, η οποία λειτουργεί ως συμβουλευτικό όργανο για όλες τις αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση και διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η Επιτροπή συνεδριάζει για να συζητήσει θέματα που αφορούν τη νοσηλευτική υπηρεσία και εισηγείται στους αρμόδιους φορείς του νοσοκομείου.

Οι διοικητικές υπηρεσίες αποτελούν την τρίτη υπηρεσία και είναι σταθερές σε δύο Υποδιευθύνσεις. Σε αυτήν την κατηγορία εμπίπτουν οι υποκατάλογος Διοικητικός και

Οικονομικός. Ανάλογα με το εύρος των δραστηριοτήτων και τη δυναμικότητα του νοσοκομείου, κάθε μία από αυτές τις Υποδιευθύνσεις αποτελείται από τμήματα και γραφεία. Μόνο σε τμήματα και γραφεία τροποποιούνται οι διοικητικές υπηρεσίες για νοσοκομεία με λιγότερες από εκατό (100) κλίνες. Τα κύρια τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν (*Δίκαιος κ.ά., 1999*):

- Τμήμα Προσωπικού,
- Τμήμα Γραμματείας,
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών,
- Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων,
- Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων.

Ενώ τα αυτοτελή γραφεία είναι (*Δίκαιος κ.ά., 1999*):

- Γραφείο Νομικών Υποθέσεων,
- Γραφείο Εκπαίδευσης,
- Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ναού,
- Γραφείο Επιστάσεως και Εφοδιασμού,
- Γραφείο Ιματισμού,
- Γραφείο Διατροφής,
- Γραφείο Ασφάλειας.

Η οικονομική υπηρεσία ως υποδιεύθυνση και έχει την εξής διάρθρωση κατά τους *Δίκαιος κ.ά., (1999)*:

- Λογιστήριο – Μισθοδοσία,

- Διαχείριση Χρηματικών Διαθεσίμων,
- Κοστολόγηση,
- Προϋπολογισμού.

Το τεχνικό τμήμα, το οποίο έχει δύο ανεξάρτητα τμήματα, συμπεριλαμβανομένου του τεχνικού και του βιολογικού τμήματος, είναι το τέταρτο και τελευταίο τμήμα. Ανάλογα με τις απαιτήσεις που ικανοποιούν, κάθε τμήμα αποτελείται από γραφεία και εργαστήρια με μοναδική τεχνογνωσία. Η τεχνική υπηρεσία είναι Υποδιεύθυνση σε ορισμένα νοσοκομεία ενώ σε άλλα αποτελεί τμήμα της διοικητικής υπηρεσίας.

Η τεχνική υπηρεσία διορθώνεται από τα κάτωθι τμήματα (*Δίκαιος κ.ά., 1999*):

- Επισκευών και Διατήρησης Κτηρίων και Περιβάλλοντος Χώρου,
- Μηχανολογικού και Ηλεκτρολογικού Εξοπλισμού,
- Βιοιατρικής Τεχνολογίας.

3.3 Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό της χώρας είναι ο πρωταρχικός στόχος των δημόσιων νοσοκομείων. Φυσικά και τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες, είτε είναι Γενικά είτε Πανεπιστημιακά. Κατά συνέπεια, τα Γενικά Νοσοκομεία προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενώ τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα νοσοκομεία παρέχουν και πρωτοβάθμια περίθαλψη λόγω προβλημάτων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ορισμένων ελαττωμάτων του (*Λιαργκόβας, 2004*).

Η εκπαίδευση των σημερινών και των μελλοντικών εργαζομένων είναι ένας άλλος στόχος των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, τα οποία διαφέρουν από τα ιδιωτικά ως προς αυτό. Ως αποτέλεσμα, τα δημόσια πανεπιστημιακά νοσοκομεία εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς ιατρικούς επαγγελματίες του έθνους μέσω των κλινικών και των ερευνητικών τους

εγκαταστάσεων, εφαρμόζοντας τις θεωρητικές πληροφορίες που μαθαίνουν ως προπτυχιακοί φοιτητές στην πράξη.

Τα Γενικά Νοσοκομεία, από την άλλη, παρέχουν τη δυνατότητα σε νέους γιατρούς να ειδικεύονται στους τομείς που τους ενδιαφέρουν, καθώς και σε νοσηλευτές και άλλους παραϊατρικούς επαγγελματίες που επιδιώκουν να εξειδικευτούν στον κλάδο τους καθ' όλη την πρακτική τους κατάρτιση για πτυχίο. Δεν πρέπει να αγνοηθεί ότι πολλά νοσοκομεία παρέχουν στο προσωπικό τους συνεχή εκπαίδευση, είτε μέσω προετοιμασμένων σεμιναρίων είτε μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων ανταλλαγής προσωπικού. (Λιαργκόβας, 2004).

Επιπλέον, τα δημόσια νοσοκομεία, ιδιαίτερα εκείνα που συνδέονται με πανεπιστήμια, υποστηρίζουν την ιατρική έρευνα και τις σχετικές επιστήμες υγείας. Αυτό γίνεται κυρίως δυνατό από τα εργαστήρια των νοσοκομείων, τα οποία εποπτεύονται από καθηγητές πανεπιστημίου (Λιαργκόβας, 2004).

Τα δημόσια νοσοκομεία υποχρεούνται από το νόμο να εξυπηρετούν τους προαναφερθέντες σκοπούς. Η κύρια διάκριση μεταξύ νοσοκομείων και άλλων δημόσιων επιχειρήσεων είναι ότι τα νοσοκομεία έχουν λιγότερο καθαρά κερδοσκοπικούς στόχους. Αν και δεν είναι η πρώτη τους προτεραιότητα, τα δημόσια νοσοκομεία δεν εξαιρούνται από το να επιδιώξουν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα των πόρων τους. Καθώς οι πληρωμές των ιδιωτών ασθενών και η επέκταση της παραοικονομίας καθίστανται δυνατές από το διαχειριστικό έλλειμμα, είναι αυτονόητο ότι αυτό αποτελεί σοβαρή οπισθοδρόμηση για τις λειτουργίες των νοσοκομείων.

Αρκετά δημόσια νοσοκομεία που καλύπτουν ιδιαίτερες ανάγκες θα πρέπει να παρατίθενται σε αυτό το στάδιο. Ως αποτέλεσμα, ορισμένα νοσοκομεία δημιουργήθηκαν με σκοπό την εξειδίκευση σε έναν συγκεκριμένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η θεραπεία δερματικών παθήσεων ή καρκίνου (Λιαργκόβας, 2004).

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα νοσοκομεία προσφέρουν και βοηθητικές υπηρεσίες που είναι εξίσου καθοριστικές για τη λειτουργία τους. Η παροχή διαμονής, τροφής, ρούχων και καθαριότητας σε ασθενείς που έχουν άμεση ανάγκη είναι η πιο κρίσιμη από αυτές τις υπηρεσίες. Λόγω της ανάγκης συνένωσης ξεχωριστών υπηρεσιών και αντιμετώπισης

διαφόρων προβλημάτων, το γεγονός αυτό καθιστά τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων πιο δυσλειτουργική και πολύπλοκη. (Λιαργκόβας, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΩΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

4.1 Διαφορές ανάμεσα στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα

Είναι λογικό και καλά τεκμηριωμένο να διεξάγονται μελέτες για την ικανοποίηση των ασθενών με βάση αξιόπιστες επιστημονικές έρευνες και ανακαλύψεις όπως οι ακόλουθες, επιπλέον των υποθέσεων σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές.

Στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών, η μελέτη των Νιάκα και Γναρδέλλη (2000) αποκάλυψε ότι υπήρχε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η ικανοποίηση των ασθενών εστιαζόταν κυρίως στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά έλαβε επίσης υπόψη τις πληροφορίες που έλαβαν οι ασθενείς ενώ νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο και αν έλαβαν οδηγίες όταν πήραν εξιτήριο. Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε άτομα που ήταν κατά μέσο όρο 45 ετών, απόφοιτοι δημοτικού σχολείου, επί μακρόν κάτοικοι λεκανοπεδίου Αττικής και των οποίων το ταμείο κύριας ασφάλισης είναι το ΙΚΑ.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εξέφρασε ικανοποίηση για τις υπηρεσίες που έλαβαν, για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν, καθώς και για την τεχνική τεχνογνωσία των γιατρών και των νοσηλευτών. Στην πραγματικότητα, οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τους γιατρούς παρά με τους νοσηλευτές. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς το φύλο, αλλά μάλλον ως προς το μορφωτικό επίπεδο, καθώς οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη και με χαμηλότερα μορφωτικά επιτεύγματα ανέφεραν ότι ένιωθαν περισσότερο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι μειώνεται η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Τέλος, οι επαρχιώτες δήλωσαν ότι ήταν πιο ικανοποιημένοι από τους Αττικούς πολίτες.

Σε σύγκριση με την έρευνα του Νιάκα από το 2000 στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών, η μελέτη των Kabandais and Niakas (2004) στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορείου Ελλάδος φαίνεται να έχει δώσει παρόμοια αποτελέσματα. Το φύλο δεν είχε καμία σχέση με το πόσο ικανοποιημένοι ένιωθαν οι εσωτερικοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο στην κοινοτική κλινική ψυχικής υγείας. Η ευτυχία των ερωτηθέντων με τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που έλαβαν αυξανόταν με την ηλικία, γεγονός που είχε αντίκτυπο στην ανταπόκρισή τους. Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι διαζευγμένοι, οι κάτοικοι της υπαίθρου και οι άγαμοι ασθενείς ανέφεραν ικανοποίηση σε μεγαλύτερο βαθμό από τις άλλες κατηγορίες ασθενών, κάτι που ήταν περίεργο εύρημα.

Κάθε ασθενής στο νοσοκομείο ανέφερε δυσαρέσκεια με τις διοικητικές υπηρεσίες. Συμπερασματικά, από την έρευνα προκύπτει ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς είχαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης και αυτό μπορείς να το καταλάβεις μιλώντας και συνεννοώντας με το θεραπευτικό προσωπικό. Ενώ εξέφρασαν τη δυσαρέσκειά τους για τις διοικητικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υποδομής (πρόσβαση, λίστα αναμονής, διαχείριση υπηρεσιών).

Μαζί με τις δημόσιες κλινικές, λειτουργούν και ιδιωτικές στην Ελλάδα, δίνοντας στους ανθρώπους τη δυνατότητα επιλογής στην ιατρική τους περίθαλψη καθώς και ταχύτερη πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες (Γείτονα, 2001).

Τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: και τα δύο θέλουν να κάνουν σημαντική διαφορά στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών.

Οι απαιτήσεις των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία έχουν προτεραιότητα επειδή λειτουργούν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο ισότητας. Το κέρδος, από την άλλη πλευρά, είναι η μεγαλύτερη σημασία στον ιδιωτικό τομέα. Διαπραγματεύονται ευνοϊκές συνθήκες με τα ασφαλιστικά ταμεία, καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια για τη μείωση των εξόδων νοσηλείας (Τούντας, 2006).

Στοιχεία σχετικά με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τις ελλείψεις στην παροχή ορισμένων υπηρεσιών, την ποιότητα των υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης και άλλα θέματα συγκεντρώνονται και επεξεργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία.

Η σχετική χωρική υποδομή σχεδιάζεται σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Τούντας, 2006). Για την κάλυψη του κόστους αναπτύσσονται δομές επικοινωνίας με ασφαλιστικές εταιρείες. Αξιολογούνται επίσης η προσβασιμότητα, η διάρκεια ταξιδιού και οι αποστάσεις ταξιδιού στο νοσοκομείο (Γώγος, 2011).

Τα ελληνικά νοσοκομεία έχουν σχεδιαστεί με τον κατάλληλο αριθμό προσωπικού και πόρων με βάση τον ατομικό τους σκοπό. Δεν υπάρχει περίπτωση μελλοντικής αύξησης, ας πούμε, ανθρώπινου δυναμικού κατά τους καλοκαιρινούς μήνες σε τουριστικές περιοχές, όπου προφανώς χρειάζεται περισσότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό λόγω του αυξημένου τουρισμού που υπάρχει σε αυτούς τους χώρους, καθώς τα δημόσια νοσοκομεία βάζουν τις βάσεις μέσω τις ανάγκες του μόνιμου πληθυσμού (Γώγος, 2011).

Οι ιδιωτικές μονάδες, από την άλλη, στοχεύουν στην αύξηση των εσόδων μέσω της αύξησης των «πελατών» και η προσέλευση τους βασίζεται στην ευτυχία ακόμη και της θέας του κτιρίου. Στον δημόσιο τομέα, η πρόσληψη νέων υπαλλήλων και συμβασιούχων συνεπάγεται ιδιαίτερα χρονοβόρες διαδικασίες. Μόνο ο ιδιωτικός τομέας χρησιμοποιεί την «ανάλυση εργασίας» ως μέσο προσδιορισμού του αιτούντος μέσω της χρήσης βιογραφικού ή συνέντευξης κατά την πρόσληψη νέων υπαλλήλων (Γώγος, 2011).

Στα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχει σημαντική καθυστέρηση μεταξύ της απόφασης εκτέλεσης του σχεδιασμού και της πραγματικής εκτέλεσής του. Πρώτα πρέπει να γνωμοδοτήσει το Υπουργείο Υγείας, μετά το Υπουργείο Υγείας και τέλος το νοσοκομείο (Γώγος, 2011).

Το Διοικητικό Συμβούλιο λαμβάνει αποφάσεις σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο μέσα σε ένα αποδεκτό χρονικό διάστημα και οι εργασίες ξεκινούν αμέσως. Σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, οι κατασκευές που κατασκευάζονται θα διαρκέσουν αναμφίβολα στο χρόνο, αλλά σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, όπου η διοίκηση είναι δεμένη τόσο με το τρέχον επίπεδο παροχής υπηρεσιών όσο και με το επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, υπάρχει πιθανότητα ένας νέος σχεδιασμός ο κύκλος θα ξεκινήσει μετά την εκλογή νέας διοίκησης.

Παρά την καθιέρωσή του, το λογιστικό σύστημα στα δημόσια νοσοκομεία βασίζεται σε μια απλή καταγραφή των εσόδων και των δαπανών και όχι στο σύστημα διπλής εγγραφής. ΦΕΚ 122Α, Π.Δ. 146, 21/5/2003. Ο ιδιωτικός τομέας, από την άλλη, το στηρίζει στο timing των εξόδων και των κερδών. Οι διακρίσεις αυτές δικαιολογούν τόσο την ικανοποίηση των ασθενών από ιδιωτικά νοσοκομεία όσον αφορά τις υπηρεσίες και τις ανέσεις, αλλά προκαλούν δυσαρέσκεια ως προς την οικονομική ικανοποίηση πελατών-ασθενών από δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία. (Θανασάς, 2016).

Μια μελέτη ικανοποίησης ασθενών που πραγματοποιήθηκε το 2002 σε Ευρώπη και Αμερική, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Παρά μια σειρά ζητημάτων όπως η ξενοδοχειακή υποδομή, η έλλειψη προσωπικού, οι απεριποίητες εγκαταστάσεις και η συμπεριφορά των εργαζομένων, τα νοσοκομεία του NHS εκτιμήθηκαν ότι βρίσκονται σε αρκετά καλά πρότυπα. (Σωτηροπούλου, 2014).

4.2 Δημόσια νοσοκομεία

Σύμφωνα με το πρόσφατο σενάριο στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, η προσφορά δεν ταιριάζει με τη ζήτηση (Βελονάκη, 2006).

Στην πραγματικότητα, τα κρατικά νοσοκομεία στην Ελλάδα στεγάζουν επί του παρόντος το 70% όλων των κλινών. Ωστόσο, το ποσό αυτό δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση. Επειδή υπήρχε λιγότερη ζήτηση για ιδιωτικές κλινικές τη δεκαετία του 1980, το ζήτημα στα δημόσια νοσοκομεία μεγάλωσε. Υπήρχε ανάγκη για περισσότερα δημόσια νοσοκομεία, αλλά η προμήθεια ήταν ακόμα ανεπαρκής. Το ποσοστό πληρότητας είναι πάνω από 90%, ενώ ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους μειώθηκε από 5,26% το 1986 σε 5,08% το 1990 (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Η πλειονότητα των δημόσιων νοσοκομείων, ιδιαίτερα των περιφερειακών, στερούνταν καταρτισμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθιστώντας αδύνατο τον χειρισμό πολύπλοκων και σοβαρών ασθενών. Σε αυτά τα νοσοκομεία, η πληρότητα μειώνεται στο 40%-60%. Αλλά υπάρχουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα κύρια νοσοκομεία.

Επομένως, οι ανάγκες των Ελλήνων ασθενών δεν μπορούν να καλυφθούν από τα κρατικά νοσοκομεία. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά δημόσια νοσοκομεία τόσο σε μεγάλες

όσο και σε μικρότερες πόλεις, δεν διαθέτουν τα απαραίτητα μέλη προσωπικού και τεχνολογικούς πόρους για την επαρκή φροντίδα των ασθενών (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

4.3 Ιδιωτικές κλινικές

Η προσέγγιση που στόχευε στην ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας τη δεκαετία του 1980 (1980) οδήγησε στο πρόβλημα στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τη νομαρχία 1397/83, ειδικότερα, είχε λήξει η έκδοση αδειών ανέγερσης νέων ιατρείων και η επέκταση υφιστάμενων. Ωστόσο, μετά από δέκα χρόνια, θα μπορούσαν να ιδρυθούν, να λειτουργήσουν και να μεταφερθούν και πάλι ιδιωτικές κλινικές, μαζί με αυτόνομα διαγνωστικά τμήματα εντός αυτών, χάρη στο Προεδρικό Διάταγμα 247/91. Αργότερα συμπεριλήφθηκε η προεδρική διακήρυξη 517/91, η οποία θεσπίζει νέες αυστηρότερες απαιτήσεις για την ανάπτυξη και την επίπλωση ιδιωτικών κλινικών (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Οι ιδιωτικές κλινικές θα μπορούσαν να συγκριθούν με μικροσκοπικά γηροκομεία, επειδή η πλειοψηφία τους έχει περιορισμένο αριθμό κλινών. Υπάρχουν συνήθως 77 κλίνες σε κάθε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Η δημόσια ασφάλιση αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών, γεγονός που μειώνει το τίμημα που πρέπει να πληρώσουν οι καταναλωτές για τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχει κάθε νοσοκομείο. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι ασυνήθιστα. συνεργάζονται με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αφού δεν παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Οι ιδιωτικές κλινικές χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

Στην πρώτη ομάδα, που περιλαμβάνει την πλειοψηφία των κλινικών. κλινικές των οποίων η επιβίωση είναι οριακή λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για ιατρικές θεραπείες υψηλότερης ποιότητας.

Αυτές οι κλινικές συνήθως βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στη δημόσια χρηματοδότηση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τιμές φθηνότερες από τις υπηρεσίες που παρέχουν. Επιπλέον, λόγω έλλειψης χρηματοδότησης, δεν είναι σε θέση να εκσυγχρονίσουν τον ξενοδοχειακό,

ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Το άθροισμα όλων αυτών καθιστά απίστευτα δύσκολο να ακολουθήσουν την κατάσταση και τους κανονισμούς ώστε να μπορέσουν να ζήσουν.

Οι κλινικές, που έχουν σημαντική επιρροή και βρίσκονται κυρίως στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας, εμπίπτουν στη δεύτερη κατηγορία. Αυτές οι κλινικές είναι εξοπλισμένες με τον πιο σύγχρονο ξενοδοχειακό και ιατρικό εξοπλισμό, καθώς και τον απαραίτητο αριθμό εξειδικευμένων και έμπειρων νοσηλευτών. Αυτές οι κλινικές συνήθως δεν συνεργάζονται με ασφαλιστικές εταιρείες, γεγονός που τις καθιστά λιγότερο δημοφιλείς και προκαλεί τη συνεχή αύξηση της τιμής της στέγασης και της ιατρικής περίθαλψης (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

4.4 Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία

Ο κλάδος της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας επεκτείνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια. Υπό το πρίσμα της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης της χώρας, το άνοιγμα μιας ιδιωτικής κλινικής προσφέρει καθαρό κέρδος και είναι επωφέλές για την επιχειρηματική κοινότητα.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, ιδιωτικές κλινικές εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στη χώρα μας. Το διαγνωστικό θεραπευτικό κέντρο υγείας και το μαιευτήριο Μητέρα ήταν οι πρώτες κλινικές που κατασκευάστηκαν. Αργότερα ιδρύθηκαν τα βιομετρικά εργαστήρια, το ιατρικό κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Μικρές ομάδες επαγγελματιών γιατρών παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους κλάδους ταυτόχρονα.

Προκειμένου να προσελκύσουν πελάτες, να ανταλλάξουν υπηρεσίες σύμφωνα με τον τομέα εξειδίκευσης κάθε γιατρού και να εξοικονομήσουν χρήματα σε γενικές δαπάνες όπως χώροι γραφείου, γραμματειακή βοήθεια και άλλα πράγματα, αυτές οι ομάδες δημιούργησαν πολλαπλές ιατρείες.

Η ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών προσέλκυσε μεγάλη προσοχή τη δεκαετία του 1990. Κατασκευάστηκαν μεγάλες κλινικές και εξαπλώθηκαν όχι μόνο στο εσωτερικό του έθνους αλλά και στο εξωτερικό. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Τα τελευταία χρόνια, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα κυμαίνονται μεταξύ 5,5 και 5,5% του ΑΕΠ, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες στο 4,5% του ΑΕΠ. Το 47% των συνολικών δαπανών για την υγεία δαπανάται για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη (η Ελλάδα κατατάσσεται στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ). Η διαφορά αυτή καταδεικνύει τόσο τη δυναμική του ιδιωτικού τομέα όσο και τα λειτουργικά ζητήματα της Ε.Σ.Υ. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

Οι μεγάλες επιχειρήσεις υγείας βασίζονται σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική κάλυψη: Κάθε κλινική έχει μια κεντρική τοποθεσία σε μια μεγάλη πόλη, αλλά προσφέρει εκτεταμένη γεωγραφική κάλυψη παντού.
- Επέκταση των προσφορών υπηρεσιών: Όλες οι κλινικές παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που έχουν σχεδιαστεί για να προσφέρουν ένα ολόκληρο σύστημα διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη στην επιστήμη και την τεχνολογία: δημιουργία και αγορά νέων εργαλείων. την ανάπτυξη νέων ξένων συμμάχων καθώς και δημιουργικών τεχνικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Η έμφαση στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και το νοσοκομειακό περιβάλλον στις ιδιωτικές κλινικές προσθέτει και συμπληρώνει τα οφέλη των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες δημιούργησαν τις δικές τους ιατρικές διαγνωστικές εγκαταστάσεις συνεργαζόμενοι με ιδιωτικές κλινικές. Η Interamerican, για παράδειγμα, είναι ένας ασφαλιστικός φορέας που πραγματοποίησε σημαντικές οικονομικές επενδύσεις στην ανακαίνιση της κλινικής της Αθήνας, ίδρυσε την Ευρωκλινική για παιδιά και στη συνέχεια συνήψε συνεργασία με τα Med first Medical Centers. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

Η δημόσια υγεία της Ελλάδας βελτιώθηκε, πολλά δημόσια νοσοκομεία σε όλη τη χώρα βελτιώθηκαν και πολυάριθμα δημόσια έργα κατασκευάστηκαν στο πλαίσιο της προετοιμασίας για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004.

Το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Άλλες Διατάξεις» ιδρύθηκε το 2005 με τον Νόμο 3329, ο οποίος προέβλεπε και τη σύσταση του ιδρύματος που είναι γνωστό ως «Σύμπραξη Ιδιωτικών και Δημόσιων Ταμείων» με σκοπό την πραγματοποίηση επενδύσεων στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας. Ο συγκεκριμένος νόμος άσκησε πίεση στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά βοήθησε και στη βελτίωση αυτών των υπηρεσιών βελτιώνοντας την ατμόσφαιρα του νοσοκομείου (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

5.1 Η πανδημία ως καταλύτης αλλαγών στη δημόσια υγεία

Η πανδημία COVID-19 έχει παρουσιάσει μια σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, δείχνοντας τόσο τα πιθανά ελαττώματα όσο και τα δυνατά τους σημεία όσον αφορά τις διαδικασίες προσαρμογής τους.

Η πανδημία COVID-19 έχει παρουσιάσει μια σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, δείχνοντας τόσο τα εγγενή τους ελαττώματα όσο και τις μεθόδους αντιμετώπισης τους. Προκειμένου να δοθεί έγκαιρη προειδοποίηση για επικείμενο ξέσπασμα καθώς και πληροφορίες σχετικά με τη μεταδοτικότητα και τη σοβαρότητα της νόσου, ανακαλύφθηκε ότι τα συστήματα υγείας δεν είχαν δημιουργήσει αποτελεσματικές διαδικασίες παρακολούθησης μολυσματικών ασθενειών.

<https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

Μερικοί από τους άξονες στους οποίους αποκτήθηκε σημαντική εμπειρία παρατίθενται παρακάτω, μαζί με λεπτομέρειες για πρόσθετες ενέργειες και προσπάθειες που θα μπορούσαν να επεκταθούν:

1. μονάδες κατανεμημένης επιδημιολογικής επιτήρησης. Ως παράδειγμα αποκεντρωμένης μονάδας μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τη δημιουργία των Κινητών Μονάδων Υγείας (MOXY) του ΕΟΔΥ, που αναπτύχθηκαν σε όλη την ελληνική επικράτεια και συνέβαλαν ουσιαστικά σε διάφορες προσπάθειες αντιμετώπισης πανδημιών καθώς και στην επιδημιολογική επιτήρηση.

2. Ενίσχυση της ενιαίας υγειονομικής προσέγγισης καθώς και των συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης και ετοιμότητας. Είναι σημαντικό να ελέγχετε τακτικά για λοιμώξεις σε ζώα που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τους ανθρώπους. Προβλέπεται ότι η αναγκαιότητα παρακολούθησης των νεοεμφανιζόμενων ή νέων λοιμώξεων θα αυξηθεί ως αποτέλεσμα της κλιματικής αλλαγής. Για να διασφαλιστεί ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών

υγείας βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες της κοινότητας, είναι ζωτικής σημασίας να αυξηθεί η επιτήρηση των μη μολυσματικών ασθενειών εκτός από τις μολυσματικές ασθένειες..<https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

3. εγκαταστάσεις εργαστηρίων και σύγχρονης τεχνολογίας. Η τεχνητή νοημοσύνη, τα μοντέλα γονιδιωματικής επιτήρησης και η τεχνολογία "μεγάλων δεδομένων" θα συμβάλουν ουσιαστικά. Μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης αλλοιωμένων στελεχών (στελέχη ειδικού ενδιαφέροντος), της ανάλυσης του τρόπου διασποράς και της γεωγραφικής προέλευσης των στελεχών ειδικού ενδιαφέροντος κατά τις πρώιμες φάσεις της εμφάνισης ενός στελέχους, η γονιδιωματική επιτήρηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας υπογράμμισε τη ζωτική σημασία του. Η επιστήμη των μεγάλων δεδομένων, ωστόσο, είναι το μέλλον για τη μελέτη δεδομένων πολλών ειδών προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα τα επιστημονικά ζητήματα που αφορούν την υγεία.

4. Αποκέντρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ενίσχυσή της. Τα τριτοβάθμια ιδρύματα του έθνους επιφορτίστηκαν να καλύψουν τη σταθερά αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από ασθενείς με COVID-19, ενώ παράλληλα συνέχισαν να θεραπεύουν οξείες και χρόνιες ασθένειες χωρίς COVID-19 και να λειτουργούν ως κόμβοι εμβολιασμού. Η ανάγκη αποκέντρωσης και ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι εμφανής σε αυτές τις συνθήκες υψηλής ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέποντας την περιφερειακή ή διεθνή θεραπεία ηπιότερων ασθενειών, όπως ο εμβολιασμός. Εγγύηση για τη βελτίωση και οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με πρότυπο το επιτυχημένο πρόγραμμα «Ελευθερία», αποτελεί το τρανό παράδειγμα της καλής επιχειρησιακής οργάνωσης και διεξαγωγής του προγράμματος εμβολιασμού κατά του COVID-19. <https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

5. Ενίσχυση του διοικητικού και ιατρικού προσωπικού, καθώς και του βοηθητικού προσωπικού των νοσηλευτικών δομών. Όλα τα μέλη του ιατρικού προσωπικού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αυτοθυσιάσαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα δεδομένων των επειγουσών αναγκών της επιδημίας. Οι νοσηλευτικές δομές πρέπει να οργανωθούν και να ενισχυθούν

και να προσληφθούν μόνιμοι και εξειδικευμένοι υπάλληλοι. Είναι πλέον απαραίτητο να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την ανάκτηση του πολύτιμου επιστημονικού δυναμικού που χάθηκε τα προηγούμενα χρόνια. <https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

6. Δελεάζοντας και έρχονται επιστήμονες. Τόσο εντός όσο και εκτός των συνόρων του, το έθνος μας διαθέτει εξαιρετικό επιστημονικό δυναμικό. Είναι πλέον απαραίτητο να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την ανάκτηση του πολύτιμου επιστημονικού δυναμικού που χάθηκε τα προηγούμενα χρόνια. Για να επιτευχθεί η εγκεφαλική ανάπτυξη και να προσελκυστούν νέοι επιστήμονες εντός των συνόρων, είναι ζωτικής σημασίας να διαφημίζονται νέες θέσεις και συγκεκριμένα κίνητρα.

7. Διευκόλυνση της διενέργειας κλινικών μελετών, οι οποίες πρέπει να διεκπεραιώνονται γρήγορα και αξιόπιστα για να διασφαλιστεί ότι τα πιο πρόσφατα φάρμακα είναι άμεσα διαθέσιμα σε ασθενείς και ασφαλιστικές εταιρείες χωρίς κόστος. <https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

8. Κίνητρα για τις φαρμακευτικές εταιρείες της χώρας να είναι σε θέση να δημιουργούν γρήγορα, με ασφάλεια και με επιτυχία εμβολιασμούς και αντιικά φάρμακα.

9. Αύξηση της σημασίας της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας. Η πανδημία έχει αποδείξει ότι η έρευνα είναι το πρωταρχικό μας εργαλείο για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων δημόσιας υγείας. Η συνεχής εκπαίδευση και η εξοικείωση με νέες τεχνικές και ικανότητες είναι ένα κρίσιμο θεμέλιο για την ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης λόγω της πολυπλοκότητας των θεμάτων δημόσιας υγείας και των νέων τεχνολογιών. Ο ρόλος των πανεπιστημίων προς αυτήν την κατεύθυνση μπορεί να είναι καθοριστικός όπως, επίσης, συνέβη και εν μέσω της πανδημίας.

5.2 Τα Συστήματα Υγείας Και Η Δημόσια Υγεία: Από Το Χθες Στο Αύριο

Ο καθηγητής Γιάννης Τούντας εξετάζει πώς η πανδημία θα προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο τα κράτη θα προσεγγίσουν το ζωτικό ζήτημα της δημόσιας υγείας μέσα από μια ιστορική ανάλυση της ανάπτυξης των συστημάτων υγείας.

Οι σοβαρές συνέπειες της πανδημίας COVID-19 στην ανθρώπινη υγεία, την οικονομία και την κοινωνία συνολικά θα επιφέρουν γρήγορες αλλαγές σε σχεδόν κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής. Η πανδημία του ιού SARS-CoV-2 όχι μόνο έπιασε απρόοπτα τα συστήματα υγείας του κόσμου. Ορισμένες από αυτές, συμπεριλαμβανομένων των πιο ανεπτυγμένων, όπως αυτές των ΗΠΑ και της Γαλλίας, δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν έγκαιρα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των χωρών της Άπω Ανατολής εμφάνισαν λιγότερη αδυναμία λόγω των ξεχωριστών ιστορικών υγείας και ατζέντας τους. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αυτό το έλλειμμα οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη φύση της σύγχρονης ιατρικής γνώσης, η οποία έχει καθορίσει τη φυσιγνωμία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και στην ανάπτυξη του νοσολογικού προτύπου, το οποίο με τη σειρά του έχει επηρεάσει τους προσανατολισμούς τόσο της ιατρικής όσο και των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον διαμορφώνει τα συστήματα υγείας.

Στο βαθμό που η ιατρική δεν είναι μόνο καλό πράγμα αλλά και κοινωνική επιστήμη, τα συστήματα υγείας αναπτύσσονται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, άλλοτε ως αποτέλεσμα αποφάσεων της πολιτείας και της πολιτικής εξουσίας και άλλοτε ως αποτέλεσμα κοινωνικών διαδικασιών και τεχνικών προόδων. Εξαιτίας αυτού, υπάρχουν διάφορα συστήματα υγείας σε κάθε εποχή, καθένα από τα οποία λαμβάνει επίσης υπόψη τα μοναδικά χαρακτηριστικά κάθε έθνους.

Η καρτεσιανή μηχανική θεωρία του 17ου αιώνα, η οποία κυριάρχησε στην ανάπτυξη των επιστημών, χρησίμευσε ως θεμέλιο για τη σύγχρονη ιατρική. Ο δυϊσμός σώματος-ψυχής, τον οποίο υποστήριζε ο Descartes για να διευκολύνει την αυτονομία της ιατρικής από την Εκκλησία, καθώς και η ιδέα ότι το ανθρώπινο σώμα είναι μια μηχανή και ότι χρειάζονται γιατροί για να διορθώσουν τα ελαττωματικά μέρη ως «μηχανιστές». μέχρι τη σημερινή φυσιγνωμία της άσκησης της ιατρικής.

<https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

5.3 Δικαιώματα Και Πανδημία

Αυτή η ιδέα ενισχύθηκε περαιτέρω από τα κινήματα του μερκαντισμού (εμποριοκρατίας) και της εκβιομηχάνισης, που υποστήριζαν τη θεραπεία της ασθένειας ως μέσο προστασίας του εργατικού δυναμικού και, κατά συνέπεια, της παραγωγικής δραστηριότητας. Λόγω των προόδων που έγιναν στη μικροβιολογία στα τέλη του 19ου αιώνα και στην ιατρική τεχνολογία τον 20ο αιώνα, η ιατρική συνδέθηκε περισσότερο με τη θεραπεία. Τα νοσοκομεία, που μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα χρησίμευαν ως φιλανθρωπικά ιδρύματα για την ιατρική περίθαλψη των φτωχών, μετατράπηκαν σε ναούς θεραπευτικής ιατρικής τον 20ό αιώνα, παρέχοντας στο ευρύ κοινό ολοένα πιο προηγμένη και ακριβή διαγνωστική και θεραπευτική τεχνολογία. Ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων και η εισαγωγή πολυάριθμων νέων και ισχυρών φαρμάκων οδήγησαν στην καθιέρωση του λεγόμενου βιοϊατρικού μοντέλου, το οποίο είναι αναμφισβήτητα επικεντρωμένο στη θεραπεία.

<https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Το νοσολογικό παράδειγμα υποβλήθηκε σε προσαρμογές σε όλο αυτό το διάστημα, οι οποίες ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο τη νοσοκομειοκεντρική φροντίδα. Οι μολυσματικές ασθένειες και οι επιδημίες ήταν η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία κατά το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας. Λόγω των πρώτων μόνιμων ανθρώπινων κατοικιών σε όλη τη νεολιθική εποχή, οι περιοχές αυτές χρησίμευαν και ως τα πρώτα κέντρα εμφάνισης μολυσματικών ασθενειών. Στην πραγματικότητα, ο αριθμός των μολυσματικών ασθενειών αυξήθηκε, οδηγώντας συχνά σε καταστροφικές επιδημίες, καθώς οι οικισμοί μετατράπηκαν σε χωριά και πόλεις με κακές συνθήκες διαβίωσης και ελλείψεις τροφίμων

<https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Ένας ξεχωριστός λοιμός κυριάρχησε στην Ευρώπη μετά τον Μεσαίωνα, με εξαίρεση την ομώνυμη πανώλη που εξαφάνισε τους Αθηναίους κατά τον Πελοποννησιακό Πόλεμο. Η λέπρα εμφανίστηκε τον δέκατο τέταρτο αιώνα, ακολουθούμενη από πανώλη τον δέκατο

πέμπτο, σύφιλη τον δέκατο έκτο, ιλαρά τον δέκατο έβδομο και δέκατο όγδοο, η φυματίωση τον δέκατο ένατο και η γρίπη και το AIDS τον εικοστό. Όταν αυτές οι ασθένειες προκάλεσαν επιδημίες, αρκετές από αυτές είχαν ιστορικές επιπτώσεις. Ο Μεσαίωνας είδε την εξάπλωση της πανώλης, η οποία προκάλεσε τον όλεθρο σε μεγάλα τμήματα της Ευρώπης. Η υποταγή των Αζτέκων στους Ισπανούς έγινε ευκολότερη από τους ιούς που τους σκότωσαν επειδή δεν είχαν ανοσία. Με 21 εκατομμύρια θανάτους, η πανδημία γρίπης του 1918 πυροδότησε κοινωνική αναταραχή και επιτάχυνε τις πολιτικές εξελίξεις.
<https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Η αργή εμφάνιση του κινήματος για τη δημόσια υγεία ήταν μια άλλη σημαντική εξέλιξη που συνέβη ως απάντηση στις επιδημίες. Η μελέτη των αιτιών των μολυσματικών ασθενειών έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην πρόοδο της δυτικής ιατρικής. Η μiasματική και η υποθέσεις μικροβίων ήταν οι δύο βασικές που δημιουργήθηκαν. Η μiasματική ιδέα ήταν η πιο ευρέως αποδεκτή ιδέα μέχρι την ανακάλυψη μικροβίων από τον Παστέρ και τον Κοχ στα τέλη του 19ου αιώνα. Το μίasma, που προέρχεται από το φυσικό περιβάλλον ως αναθυμιάσεις και άλλοτε προέρχεται από την ατμόσφαιρα, άλλοτε από τη γη και άλλοτε από το νερό, είναι η αιτία των μολυσματικών ασθενειών, σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, η οποία έχει ρίζες στην αρχαία Ελλάδα και την Ιπποκρατική ιατρική.

Η απομόνωση των ασθενών, η καραντίνα και η καύση των νεκρών ήταν τα κύρια μέτρα που εφαρμόστηκαν ως απάντηση στη μiasματική θεωρία καθώς και στις αυξανόμενες παρατηρήσεις επαναλαμβανόμενων επιδημιών.

Οι οργανωτικές ρίζες του κινήματος για τη δημόσια υγεία, που έθεσε την πρωταρχική ευθύνη του κράτους στη δημόσια υγεία, οικοδομήθηκαν στη μiasματική θεωρία και στα σποραδικά μέτρα. Τα πρώτα προγράμματα δημόσιας υγείας πανεπιστημιακού επιπέδου καθιερώθηκαν στην Ευρώπη καθ' όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα, τα οποία είδε την ανάπτυξη αυτού του κινήματος. Στην πραγματικότητα, η Γερμανία συνέχισε να δημιουργεί μια «αστυνομία υγείας» με σκοπό την καλύτερη διαχείριση των επιδημιών και τη λήψη μέτρων για την καταπολέμηση των συνεχιζόμενων επιδημιών με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.
<https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αλλά καθώς η θεωρία των μικροβίων έγινε ευρύτερα αποδεκτή, η νοσοκομειακή περίθαλψη προχώρησε και οι μολυσματικές ασθένειες στον ανεπτυγμένο κόσμο μειώθηκαν γρήγορα, το κίνημα της δημόσιας υγείας, με την έμφαση στο περιβάλλον, άρχισε να χάνει έδαφος. Ωστόσο, η δραματική μείωση των θανάτων από μολυσματικές ασθένειες μεταξύ 1900 και 1930 - η οποία είχε ως αποτέλεσμα τον διπλασιασμό του προσδόκιμου ζωής στα βιομηχανικά έθνη κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα - αποδόθηκε κυρίως στην εκπληκτική άνοδο του βιοτικού επιπέδου και όχι στην ιατρική πρόοδο.

Σε βάρος του υπόλοιπου κόσμου, η Δύση είχε τεράστια οικονομική ανάπτυξη, η οποία παρείχε στους πολίτες της καλύτερες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, επαρκή θέρμανση, καθαρό νερό και κατάλληλη διατροφή. Εξάλλου, μεγάλα προγράμματα εμβολιασμού για τη θεραπεία επικίνδυνων ιογενών λοιμώξεων (όπως η πολιομυελίτιδα, η ιλαρά και άλλες μεταδοτικές ασθένειες) υιοθετήθηκαν τα χρόνια που ακολούθησαν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν δημιουργήθηκαν τα αντιβιοτικά, η κύρια θεραπεία κατά των μικροβίων. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αντίθετα, οι μολυσματικές ασθένειες παρέμειναν να είναι διαδεδομένες σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες σε όλο τον 20ό αιώνα, σκοτώνοντας εκατομμύρια ανθρώπους. Αυτό επιβεβαίωσε την αντίληψη ότι η φτώχεια είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Εξάλλου, οι πρόσφατες ιογενείς επιδημίες (COVID-19, SARS, κ.λπ.) προήλθαν από την Κίνα, ένα έθνος όπου, παρά την πρόσφατη αξιοσημείωτη οικονομική πρόοδό του, ένα τεράστιο μέρος του πληθυσμού του εξακολουθεί να αντιμετωπίζει κακές συνθήκες εργασίας και διαβίωσης. Πληθυσμός <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Παράλληλα με την πτώση των μολυσματικών ασθενειών στη Δύση, έχει εμφανιστεί ένα νέο παθογόνο μοτίβο που εμφανίζει πλέον έντονα καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήθειες και πολλές άλλες εκφυλιστικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη. Αυτές οι ασθένειες αναφέρθηκαν κατάλληλα ως ασθένειες του πολιτισμού μας, επειδή οι αιτιολογίες τους συνδέονταν με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, την εκβιομηχάνιση και την αστικοποίηση. Η θεραπευτική ιατρική υπήρξε η πρωταρχική απάντηση σε αυτές τις νέες απειλές, οπλισμένη με τη συνεχώς εξελισσόμενη ιατρική και βιολογική τεχνολογία, η οποία

έχει αυξήσει τις προσδοκίες για την αποτελεσματική θεραπεία αυτών των διαταραχών. Οι προσδοκίες, όμως, αυτές διαψεύστηκαν στα μέσα του δεύτερου μισού του 20ού αιώνα όταν, παρά τα ιατρικά επιτεύγματα και τη ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας, τα οφέλη για την υγεία ήταν οριακά. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αυτό το περιστατικό πυροδότησε την υποτιθέμενη κρίση της σύγχρονης ιατρικής και υπονόμωσε την εμπιστοσύνη στο κυρίαρχο μοντέλο με επίκεντρο το νοσοκομείο. Μια νέα προοπτική και ένα εναλλακτικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο άρχισε να σχηματίζεται από τα κενά που άφησε αυτή η αμφισβήτηση. Τα κύρια χαρακτηριστικά της περιλάμβαναν την αναγνώριση της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας της νόσου, την προώθηση κοινωνικών και φυσικών περιβαλλόντων καθώς και την ανθρώπινη συμπεριφορά ως πρωταρχικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, την προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, καθώς και την απαίτηση για μια πιο ανθρωποκεντρική και λιγότερο τεχνοκρατική προσέγγιση της ιατρικής πρακτικής. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αυτές οι αλλαγές ώθησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να εκδώσει τη διάσημη δήλωση της Άλμα Άτα το 1968, η οποία σηματοδότησε τον μετασχηματισμό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), με σύγχρονες αρχές, στόχους και μεθοδολογίες σε τρεις βασικούς τομείς: περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, πρόληψη και φροντίδα. Τα κράτη σε όλο τον κόσμο ουσιαστικά δημιούργησαν δύο διαφορετικούς δημόσιους θεσμούς για να εφαρμόσουν αυτή τη νέα πολιτική. Άλλα έθνη επέλεξαν οικογενειακούς γιατρούς σε αντίθεση με κέντρα υγείας. Στη συνέχεια, αυτοί οι οργανισμοί λειτούργησαν ως ο πυρήνας της πλειοψηφίας των παγκόσμιων συστημάτων υγείας <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για τη δημόσια υγεία τα χρόνια που ακολούθησαν ήταν μια άλλη σημαντική εξέλιξη στο πλαίσιο της νέας έρευνας. Η ανάγκη για βελτιωμένα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας ήρθε για άλλη μια φορά στο φως ως αποτέλεσμα της επιδημίας του AIDS, της αναζωπύρωσης ορισμένων άλλων μολυσματικών ασθενειών που προκλήθηκαν από τοπικούς πολέμους, της μετανάστευσης, της έκρηξης νέας φτώχειας σε

ομάδες κατοίκων των πόλεων που είναι άνεργοι και περιθωριοποιημένες, καθώς και οι απειλές που δημιουργούνται από την κλιματική αλλαγή και τις φυσικές καταστροφές. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Αυτές οι αλλαγές και οι αναδυόμενες απαιτήσεις στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα οδήγησαν στο επιστημονικό κίνημα γνωστό ως «νέα δημόσια υγεία», το οποίο ξεκίνησε από ακαδημαϊκά ιδρύματα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ένα νέο σύγχρονο πρότυπο δημόσιας υγείας αναπτύχθηκε στη συνέχεια από τον ΠΟΥ και υιοθετήθηκε από σχεδόν όλα τα ευρωπαϊκά έθνη. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

5.4 Πηγές Δεδομένων Για Τον Κορωνοϊό

Οι τρεις κύριες συνιστώσες της σύγχρονης δημόσιας υγείας, σύμφωνα με αυτό το νέο πρότυπο, είναι η πρόληψη ασθενειών, η προστασία της υγείας και η προαγωγή της υγείας. Οι τρεις τύποι πρόληψης είναι πρωτογενής (δίαιτα, κάπνισμα, άσκηση, ατυχήματα και ανοσοποιήσεις), δευτερογενής (προσυμπτωματικοί έλεγχοι όπως μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου) και τριτογενής (άλλα προληπτικά μέτρα) (αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων των χρόνιων ασθενειών). Η ασφάλεια των τροφίμων, η υγιεινή στο χώρο εργασίας, η αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών και περιβαλλοντικών κινδύνων, καθώς και η καταπολέμηση ασθενειών, εμπίπτουν στην κατηγορία της προστασίας της υγείας. Μέσω διατομεακών πολιτικών, η προαγωγή της υγείας στοχεύει στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, ενώ παράλληλα ενισχύει τους παράγοντες υγείας που συνδέονται με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και την ανθρώπινη συμπεριφορά. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Οι θεμελιώδεις αρχές που καθοδηγούν και τις τρεις πτυχές της δημόσιας υγείας είναι η ισότητα, η πρόσβαση σε όλους, η βιωσιμότητα, η αλληλεγγύη και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Προκειμένου να διατηρηθούν αυτά τα ιδανικά, απαιτείται ο υψηλότερος βαθμός διακυβερνητικής συνεργασίας (σε ορισμένα έθνη, ο πρωθυπουργός συμμετέχει στην κατάλληλη επιτροπή), μαζί με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών,

των τοπικών κυβερνήσεων και ενός ευρύτερου φάσματος επιστημονικών και κοινωνικών εταίρων. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

5.5 Βελτιώνοντας Το Σύστημα Υγείας

Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να συμβαδίσει με αυτές τις προόδους παρά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης το 1983. Λόγω μνημονιακών υποσχέσεων, το ιδρυτικό καταστατικό επέτρεπε την ένταξη των Πολυιατρείων του ΙΚΑ στο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μόνο πριν από έξι χρόνια. απαραίτητη για τη δημιουργία των αστικών Κέντρων Υγείας. Έχουμε τους λιγότερους γενικούς γιατρούς κατά κεφαλήν μεταξύ όλων των χωρών της ΕΕ, το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού εξακολουθεί να είναι αναποτελεσματικό, ο ιδιωτικός τομέας παρέχει το 80% της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ένας στους τέσσερις Έλληνες αναφέρει ότι δυσκολεύεται να λάβει την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, κυρίως λόγω της υψηλής κόστος και μεγάλος χρόνος αναμονής. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Όλα αυτά συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της έλλειψης στην Ελλάδα συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αντί αυτού ενός αποδιοργανωμένου, υποχρηματοδοτούμενου και ξεπερασμένου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που δεν είναι σε θέση να προσφέρει οργανωμένα προγράμματα για την πρόληψη ασθενειών, την προστασία της υγείας και την προαγωγή της υγείας. Χωρίς δηλαδή να μπορεί να πετύχει τους στόχους του και χωρίς να έχει ουσιαστικό αντίκτυπο στην προστασία της δημόσιας υγείας.

Η δημόσια υγεία του έθνους μας είναι πολύ πιο πίσω. Παρά το γεγονός ότι ιδρύθηκε το 1988 μαζί με τις ειδικότητες της γενικής ιατρικής και της ιατρικής της εργασίας, η Ελλάδα είναι το μόνο μέλος της ΕΕ όπου δεν προσφέρεται η ειδικότητα της κοινωνικής ιατρικής (ή της δημόσιας υγείας όπως ονομάστηκε στη συνέχεια). Μόνο τα δύο πρώτα από τα πέντε δίκτυα προαγωγής της υγείας του ΠΟΥ (σε δήμους, νοσοκομεία-υπηρεσίες υγείας, σχολεία, πανεπιστήμια και χώρους εργασίας) εργάζονται στη χώρα και εκείνα χωρίς την υποστήριξη

του κράτους. Μια πανεπιστημιακή σχολή δημόσιας υγείας ξεκίνησε να λειτουργεί πριν από λίγους μήνες.

Παρά το γεγονός ότι μετονομάστηκε σε ΚΕΕΛΠΙΝΟ (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων) το 2010 και πιο πρόσφατα σε ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας), το ΚΕΕΛ (Ειδικό Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων) που ιδρύθηκε το 1992 συνεχίζει να εστιάζει σχεδόν εξ ολοκλήρου στα λοιμώδη νοσήματα. δικαιολογείται μόνο τα τελευταία χρόνια λόγω της επιδημίας. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrrio/>

Οι σημερινές υπηρεσίες δημόσιας υγείας των Νομών λειτουργούσαν ιστορικά ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, υπό τη διεύθυνση του Νομικού Ιατρού. Μεταφέρθηκαν στις νομαρχίες το 1994 όταν ο νομός ιδρύθηκε ως θυγατρικός Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης και στις αιρετές Περιφέρειες το 2010. Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αυτές οι διαδικασίες απομόνωσαν τις υπηρεσίες υγείας από το Υπουργείο Υγείας εποπτεία, η οποία ενέτεινε τη γραφειοκρατικοποίησή τους και, ως εκ τούτου, τους αποδυνάμωσε περαιτέρω. Επιπλέον, η έλλειψη κατάλληλα καταρτισμένων εργαζομένων στον τομέα της δημόσιας υγείας είχε συχνά ως αποτέλεσμα την πρόσληψη προσωπικού που δεν ήταν γιατροί ή άλλοι ειδικοί ιατροί. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrrio/>

Με ένα καταστατικό για τη δημόσια υγεία που κυκλοφόρησε λίγο πριν την έναρξη της επιδημίας, το Υπουργείο Υγείας προσπάθησε να αντιμετωπίσει αυτή τη σημαντική υστέρηση του έθνους. Αν και το νομοσχέδιο ενίσχυε τη δημόσια υγεία, ήταν πολωτικό, ελλιπές και σε αντίθεση με τις προοπτικές του ΠΟΥ για τη σύγχρονη δημόσια υγεία. Το νομοσχέδιο ήταν προφανώς ανεπαρκές δεδομένων των συνθηκών γιατί δεν έκανε αναφορά σε αξίες, δεν αναγνωρίζει τους τρεις διακριτούς τομείς της πρόληψης, της προστασίας και της προαγωγής της υγείας, δεν εμπλέκει σημαντικά την τοπική αυτοδιοίκηση ή ευρύτερους κοινωνικούς και επιστημονικούς εταίρους. Πάνω απ' όλα, δεν εξασφάλισε ότι οι κρίσιμες σχετικές αποφάσεις λαμβάνονταν στο ανώτατο διακυβερνητικό επίπεδο. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrrio/>

Ωστόσο, η δραματική εμπειρία της επιδημίας θα προκαλέσει πλέον σημαντικές αλλαγές όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και σε πολλούς άλλους τομείς. Ο κλάδος της δημόσιας υγείας και τα συστήματα υγείας θα είναι το επίκεντρο της πλειονότητας αυτών των μεταρρυθμίσεων. Σε μια εποχή επιτάχυνσης της παγκοσμιοποίησης, η έλλειψη θεσμών παγκόσμιας διακυβέρνησης πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα και αποτελεσματικά, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Απαιτείται ενοποιημένη και παγκόσμια δημόσια υγεία. Οι απειλές για την υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού περιλαμβάνουν εκείνες που δημιουργούνται από την κλιματική αλλαγή, τη διακοπή της τροφικής αλυσίδας, τη μετανάστευση, την ανεργία και τη φτώχεια. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-to-avrio/>

Λόγω της περιορισμένης εξουσίας (κυρίως συμβουλευτικής) και της έλλειψης πόρων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις αναδυόμενες προκλήσεις. Την επόμενη μέρα, μια από τις κορυφαίες προτεραιότητες θα είναι η ενίσχυσή του. Θα δοθεί επίσης διεθνής έμφαση στη βελτίωση της έρευνας και της διδασκαλίας στους τομείς των ιογενών ασθενειών και της γενικής δημόσιας υγείας.

Είναι προφανές ότι θα απαιτηθούν πολύ πιο ισχυρά συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης, καλύτερη εκπαίδευση στη δημόσια υγεία, ιδίως όσον αφορά τα προληπτικά μέτρα, καθώς και ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων, προκειμένου η δημόσια υγεία να πάψει να αποτελεί παραμελημένο τομέα της κοινωνικής πολιτικής. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-to-avrio/>

Για να τα επιτύχουν όλα αυτά, τα κράτη θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στη δημόσια υγεία στην εθνική πολιτική και στις δημόσιες δαπάνες, να δημιουργήσουν νέους θεσμούς και υπηρεσίες και να διαμορφώσουν νέες συνεργατικές σχέσεις μεταξύ της δημόσιας υγείας και των συστημάτων υπηρεσιών υγείας, τα οποία θα υποστούν επίσης σημαντικές αλλαγές. Αυτό είναι επιπλέον της ενίσχυσης της διεθνούς συνεργασίας.

Μεταφέροντας ορισμένες από τις υπάρχουσες υπηρεσίες σε PHΥ και νέες υπηρεσίες όπως ημερήσια φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας και σπίτια στο τέλος της ζωής, τα νοσοκομεία θα ενισχύσουν τον ρόλο τους ως μονάδες φροντίδας κυρίως

για τους βαριά ασθενείς. Οι αυξημένες ευκαιρίες που παρέχει η τηλεϊατρική και ο ευρύτερος τομέας της ηλεκτρονικής υγείας θα επιταχύνουν αυτούς τους μετασχηματισμούς. Δεν γνωρίζουμε ακόμη πόσο καιρό ή πόσο συχνά μπορεί να βιώνουμε περιόδους κοινωνικής απομόνωσης, αλλά είναι πιθανό ότι πολλές ιατρικές θεραπείες θα είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, η τρέχουσα πανδημία έχει επιστήσει την προσοχή σε ένα σημαντικό ζήτημα: υπάρχει έλλειψη συντονισμού και, το πιο σημαντικό, έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας κάθε κράτους μέλους. Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που λαμβάνονται από τη μια χώρα στην άλλη. Σε αντίθεση με τη φαρμακοβιομηχανία, τα συστήματα υγείας και η πολιτική υγείας έχουν γλιτώσει από τις ευρωπαϊκές προσπάθειες εναρμόνισης. Εκτός από το σημερινό Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης Νοσημάτων, θα υπήρχε λιγότερη εναρμόνιση των ευρωπαϊκών οργανισμών δημόσιας υγείας και των συστημάτων υγείας, γεγονός που θα μείωνε τον αριθμό των θυμάτων στην τρέχουσα πανδημία. <https://www.dianeosis.org/2020/04/ta-systimata-ygeias-kai-i-dimosia-ygeia-apo-to-xthes-sto-avrio/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

6.1 Σκοπός έρευνας μας

Στο παρόν κομμάτι θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαμε στην περιοχή της Πάτρας, από τις 26/9/2022 έως τις 10/11/2022 με θέμα την σύγκριση των υπηρεσιών μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Επίσης σκοπός μας είναι να αναδείξουμε τον τρόπο που βλέπουν οι Έλληνες την δημοσία και ιδιωτική υγεία.

6.2 Μεθοδολογία έρευνας

Συλλογή Δεδομένων

Η έρευνα έγινε με τη συλλογή έντυπων ερωτηματολογίων και έλαβε χώρα τους μήνες Σεπτ – Νοε του 202. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα και κανένα προσωπικό στοιχείο των πολιτών δεν πρόκειται να παρουσιαστεί στη παρούσα εργασία. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι κάτοικοι του νομού Αχαΐας. Αποκρίθηκαν 92 άτομα εκ των οποίων και τα 92 ερωτηματολόγια ήταν πλήρως, ορθά και έγκυρα απαντημένα. Το δείγμα που συλλέχθηκε σταθμίστηκε ως προς το φύλο και την ηλικία. Το ερωτηματολόγιο μας δημιουργήθηκε μέσα από την πλατφόρμα google forms, όπου με βάση αυτό παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα μας.

Μεταβλητές

Η δομή του ερωτηματολογίου επιμερίστηκε σε δύο κομμάτια, το πρώτο αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την αποτύπωση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων. Συνολικά στο ερωτηματολόγιο μας παραθέσαμε 20 ερωτήσεις οι περισσότερες εκ των οποίων ήταν κλειστές κατηγορικού τύπου.

Για την μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν κυρίως πενταβάθμιας κλίμακας ερωτήσεις, τύπου Likert. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν να κάνουν με την συμπεριφορά που εξέλαβαν οι νοσηλευόμενοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την επικοινωνία που είχαν μαζί τους, την προσέγγιση του προβλήματος υγείας που είχαν, την καθαριότητα των χώρων που νοσηλεύτηκαν και τέλος την αποτελεσματικότητα των κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών.

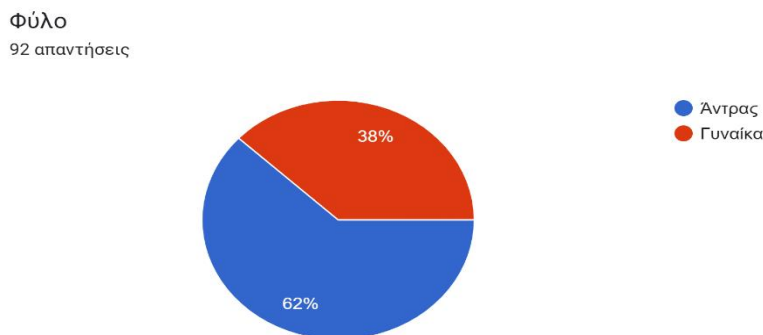
6.3 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα μας βασίζεται σε απαντήσεις που συλλεχθήκαν από άτομα που ανήκουν σε όλες τις βαθμίδες και όχι μόνο από άτομα που εργάζονται σε δημοσία ή ιδιωτικά νοσοκομεία. Θεωρούμε ότι μια έρευνα που θα είχε απαντήσεις μόνο από υπαλλήλους που εργάζονται σε νοσοκομεία θα είχε πιθανώς πιο ακριβή στοιχεία και πιο συγκεκριμένα συμπεράσματα.

6.4 Αποτελέσματα έρευνας

6.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

Ερώτηση 1 Φύλο

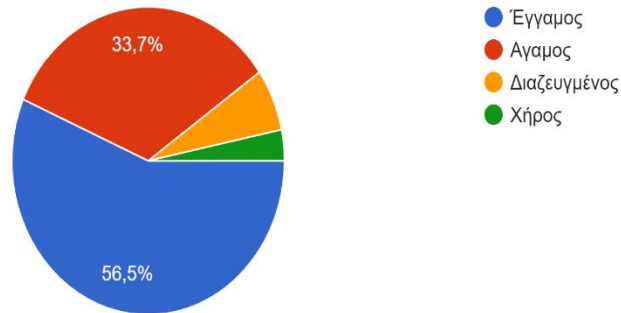


Διάγραμμα 1 – Φύλο

Από τις 92 απαντήσεις το 62% (57 απαντήσεις) ήταν άντρες και το 38% γυναίκες (42 απαντήσεις).

Ερώτηση 2 Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση
92 απαντήσεις

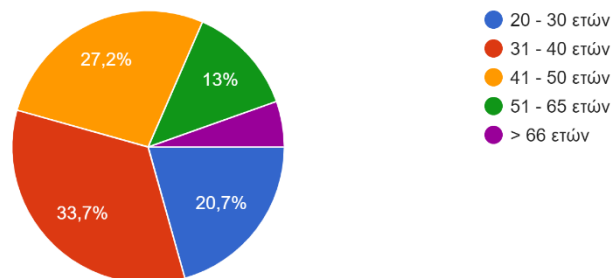


Διάγραμμα 2 - Οικογενειακή κατάσταση

Από τις απαντήσεις μας το 56,5% ήταν έγγαμοι και το 33,7% Άγαμοι

Ερώτηση 3 Ηλικία

Ηλικία
92 απαντήσεις

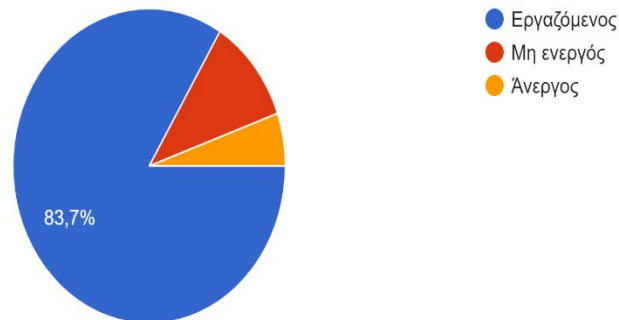


Διάγραμμα 3 - Ηλικία

Οι απαντήσεις ήταν από όλες τις ηλικίες που είχαμε επιλέξει στα φιλτρά μας. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις μας το μεγαλύτερο ποσοστό (33,7%) ήταν άτομα ηλικίας 31 – 40 ετών, και ακολουθούν οι ηλικίες 41 – 50 με 27,2% και 20 – 30 ετών με ποσοστό 20,7%.

Ερώτηση 4 Εργασιακή κατάσταση

Εργασιακή κατάσταση
92 απαντήσεις

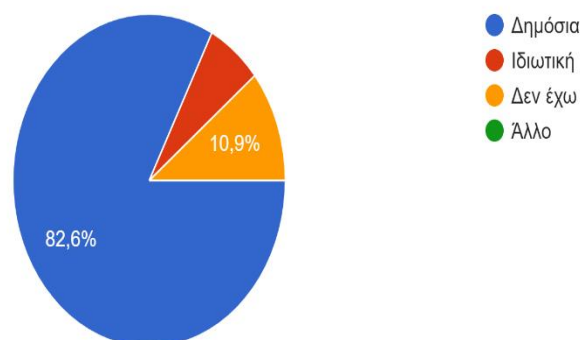


Διάγραμμα 4 - Εργασιακή κατάσταση

Σημαντικό στοιχείο στην έρευνα μας θεωρούμε ότι αποτελεί το γεγονός ότι σχεδόν το 84% (83,7%) των απαντήσεων μας προήλθε από άτομα που είναι εργαζόμενοι. Παρόλα αυτά σίγουρα οι απαντήσεις που ακολουθούν σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων δεν έχουν να κάνουν με την εργασιακή κατάσταση.

Ερώτηση 5 Είδος ασφαλιστικής κάλυψης

Τι είδους ασφάλεια έχετε;
92 απαντήσεις

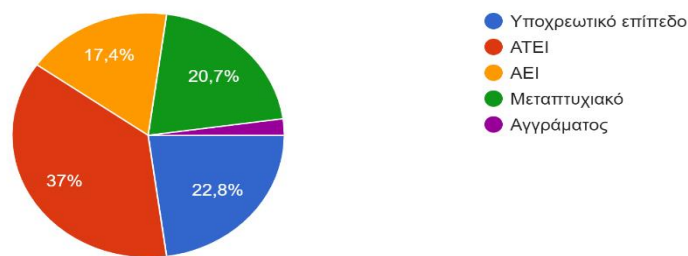


Διάγραμμα 5 - Είδος ασφαλιστικής κάλυψης

Από τις απαντήσεις το 82,6% δηλώνει ότι είναι ασφαλισμένοι στο δημόσιο σύστημα υγείας και μόνο ένα 10,9% ότι έχει δική του προσωπική ασφάλιση. Με βάση αυτό θεωρούμε ότι οι περισσότεροι έχουν κάνει χρήση των δημοσίων νοσοκομείων, και κατά συνέπεια έχουν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για την παροχή υπηρεσιών που δίνεται στα δημόσια νοσοκομεία. Κατά την γνώμη μας σχεδόν όλοι έχουν μια επαφή με κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο, αρά θεωρούμε ότι οι απαντήσεις που έχουν δοθεί είναι πιο αξιόπιστες.

Ερώτηση 6 Μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο
92 απαντήσεις



Διάγραμμα 6 - Μορφωτικό επίπεδο

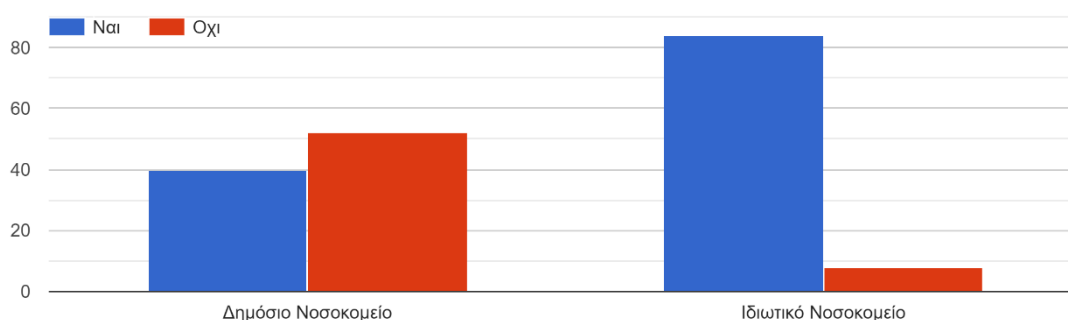
Το 75,1% των ερωτηθέντων της έρευνας μας δηλώνει ότι έχει γνώσεις ανωτέρας και ανωτέρας βαθμίδας, κάτι που κατά την γνώμη δηλώνει και το μορφωτικό επίπεδο που υπάρχει στην χώρα μας σήμερα.

Σίγουρα αποτελεί σημαντικό στοιχείο αξιοπιστίας των απαντήσεων και των συμπερασμάτων που προκύπτουν.

6.1.2 Αποτελέσματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών

Ερώτηση 7 Χρόνος αναμονής για εξέταση

Η εξέτασή σας ήταν (άμεση/με αναμονή):



Διάγραμμα 7 - Χρόνος αναμονής για εξέταση

Ένα σημαντικό στοιχείο στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελεί και ο χρόνος αναμονής πριν την εξέταση.

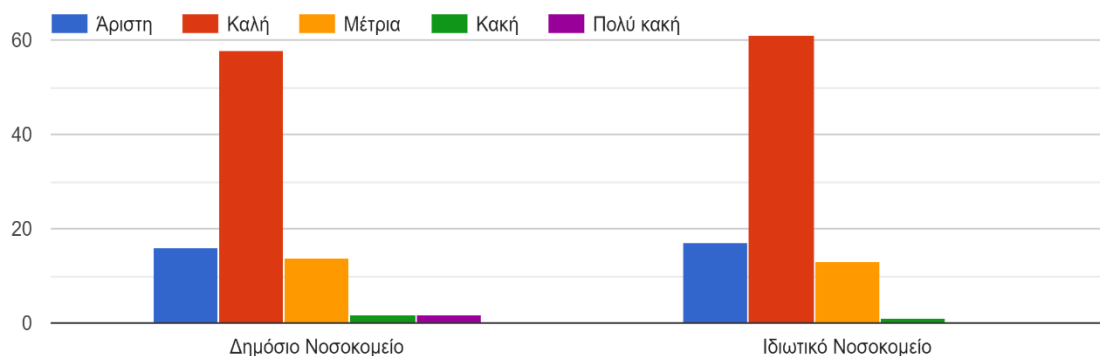
Οι απαντήσεις σχετικά με τα δημοσία νοσοκομεία είναι σχεδόν μοιρασμένες Με βάση τις απαντήσεις 52 δηλώνουν ότι δεν υπάρχει καθυστέρηση ενώ 40 δηλώνουν ότι υπάρχει καθυστέρηση πριν εξετασθούν από τον ιατρό του νοσοκομείου.

Οι απαντήσεις για τα ιδιωτικά νοσοκομεία αναδεικνύουν ότι δεν υπάρχει σημαντική καθυστέρηση, μιας και 80 από τους 92 δηλώνουν ότι δεν είχαν καθυστέρηση πριν την εξέταση τους από τον ιατρό στο νοσοκομείο.

Κατά συνέπεια σαν γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι στα δημοσία νοσοκομεία υπάρχει καθυστέρηση πριν την εξέταση κάτι που δεν παρατηρείται στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ερώτηση 8 Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού

Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν



Διάγραμμα 8 - Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού

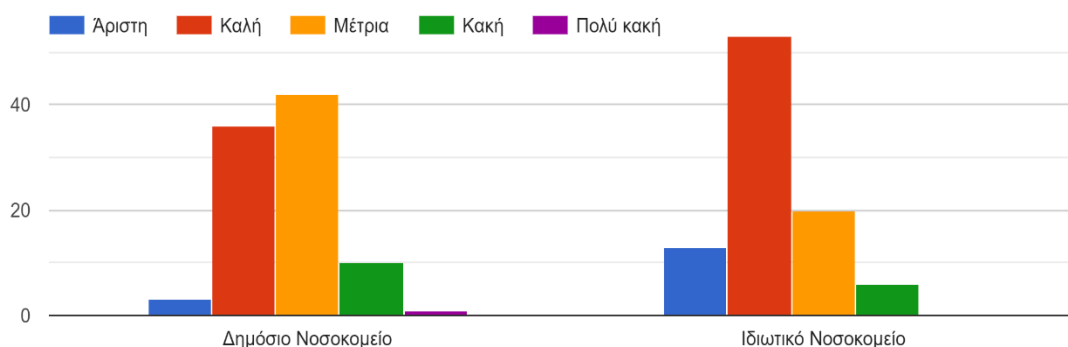
Αυτό που προκύπτει ξεκάθαρα από τις απαντήσεις είναι ότι η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού είναι εξίσου καλή τόσο στα δημοσία όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στα δημοσία νοσοκομεία 74 από του 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ μόνο 14 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή ή πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν μόνο 4 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία 78 από 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ μόνο 13 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή ή πολύ κακή συμπεριφορά), είχαμε μόνο 1 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας.

Ερώτηση 9 Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού

Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού



Διάγραμμα 9 - Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού

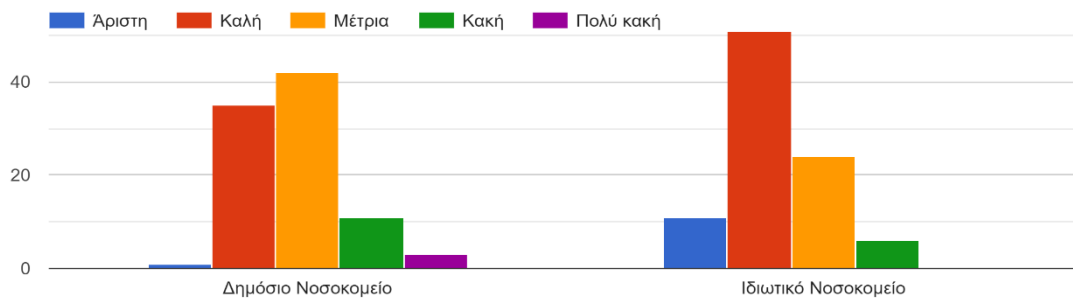
Στα δημοσία νοσοκομεία 39 από του 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ σημαντικό στοιχείο είναι ότι 42 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια (ποσοστό 46%). Από το παραπάνω προκύπτει ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημοσία νοσοκομεία δεν είναι ικανοποιητική και χρήζει βελτίωση. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν 11 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας, κάτι που και αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για αλλαγή συμπεριφοράς.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία 66 από του 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ σημαντικό στοιχείο είναι ότι 20 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια (ποσοστό 22%). Από το παραπάνω προκύπτει ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αρκετά ικανοποιητική και χρήζει βελτίωση σε πολύ μικρότερο βαθμό από ότι στα δημοσία νοσοκομεία. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν 6 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας, κάτι που και αυτό αναδεικνύει την καλύτερη συμπεριφορά που υπάρχει στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σαν γενικό συμπέρασμα από την ερώτηση αυτή μπορούμε να πούμε ότι στα δημοσία νοσοκομεία υπάρχει σημαντικό θέμα με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου κάπου χαρακτηρίζεται κακή ως πολύ κακή, κάτι που δεν προκύπτει από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Ερώτηση 10 Επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική

Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική ήταν



Διάγραμμα 10 - Επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική

Με την ερώτηση μας αυτή θέλουμε να αναδείξουμε αν υπάρχει διάφορα από το νοσηλευτικό προσωπικό που σε υποδέχεται στα έκτακτα περιστατικά σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις κλινικές των νοσοκομείων.

Στα δημοσία νοσοκομεία 36 από του 92 δηλώνουν ότι η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν καλή ή και άριστη, ενώ σημαντικό στοιχείο είναι ότι 42 δηλώνουν ότι η επικοινωνία ήταν μέτρια (ποσοστό 46%). Από το παραπάνω προκύπτει ότι η ο ασθενής που βρίσκεται στην κλινική δεν έχει την καλύτερη επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό στα δημοσία νοσοκομεία και σίγουρα όταν έχεις την ασθένεια σου θέλεις να σε αντιμετωπίζουν πιο ανθρωπινά. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η

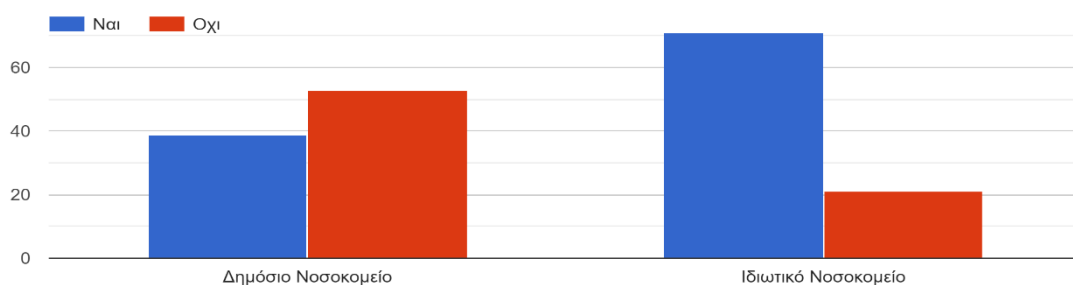
πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν 14 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας, κάτι που και αυτό αναδεικνύει την ανάγκη βελτίωση της επικοινωνίας.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία 62 από του 92 (ποσοστό 67,4%), δηλώνουν ότι η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν καλή ή και άριστη, ενώ σημαντικό στοιχείο είναι ότι 24 δηλώνουν ότι η επικοινωνία ήταν μέτρια (ποσοστό 26%). Από το παραπάνω προκύπτει ότι η ο ασθενής που βρίσκεται στην κλινική έχει την καλύτερη επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό στα ιδιωτικά νοσοκομεία και σίγουρα αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενή. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν μόνο 6 από του 92 (ποσοστό 6,5%), που απαντήσαν στην έρευνα μας, κάτι που και αυτό αναδεικνύει το καλύτερο επίπεδο επικοινωνίας.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι στα δημοσία νοσοκομεία και πιο αναλυτικά στο νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών δεν υπάρχει η καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς, κάτι που στα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν υφίσταται. Κατά συνέπεια θεωρούμε ότι και το σημείο αυτό χρήζει βελτίωση και ενδεχομένως να οφείλεται και στην έλλειψη προσωπικού που παρατηρήθηκε τα δυο προηγούμενα έτη που υπήρχε η πανδημία.

Ερώτηση 11 Εξυπηρέτηση και χρόνος για την εισαγωγή στην κλινική

Η εξυπηρέτηση και ο χρόνος που χρειάστηκε για να γίνει η εισαγωγή σας στην κλινική ήταν άμεση



Διάγραμμα 11 - Εξυπηρέτηση και χρόνος για την εισαγωγή στην κλινική

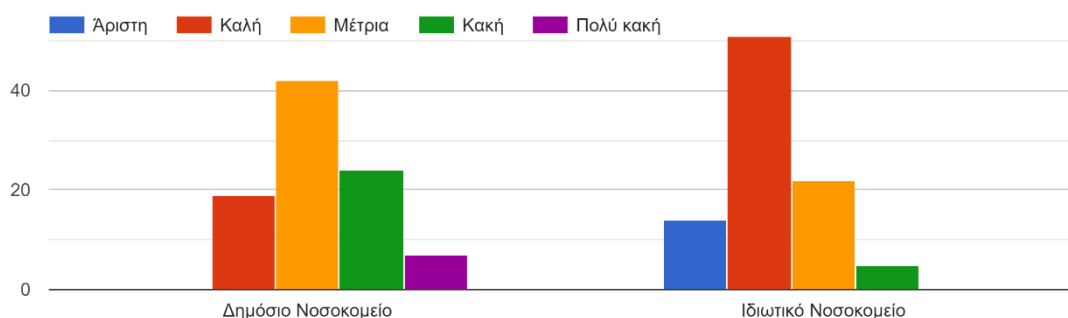
Από την στιγμή που προκύψει η ανάγκη κάποιος πολίτης να νοσηλευτεί θέλει όλες οι ενέργειες να είναι αρκετά σύντομες.

Στα δημοσία νοσοκομεία οι 53 από τους 92 (ποσοστό 57,6%) δηλώνουν ότι η εξυπηρέτηση και ο χρόνος που απαιτήθηκε για την εισαγωγή δεν ήταν άμεσος, κάτι που στα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν προκύπτει μιας και 71 από τους 92 (ποσοστό 77%) δηλώνουν ότι όλες οι διαδικασίες που απαιτήθηκαν για να γίνει η εισαγωγή στην κλινική έγιναν αρκετά σύντομα.

Κατά συνέπεια και στην περίπτωση αυτή παρατηρείται σημαντική διάφορα μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, κάτι που αναδεικνύει την όχι σωστή διαχείριση των περιστατικών από την πλευρά του προσωπικού που εργάζεται στα δημοσία νοσοκομεία και οδηγεί οι ασθενείς να επιβαρύνονται με επιπλέον καθυστερήσεις κατά την εισαγωγή τους στην κλινική. Πιθανώς οι καθυστερήσεις να είναι απορία της ελλείψεως προσωπικού, αλλά σε κάθε περίπτωση αποτελεί περιοχή που χρήζει κατά την γνώμη μας βελτίωση.

Ερώτηση 12 Καθαριότητα θαλάμου κλινικής

Η καθαριότητα του θαλάμου ήταν



Διάγραμμα 12 - Καθαριότητα θαλάμου κλινικής

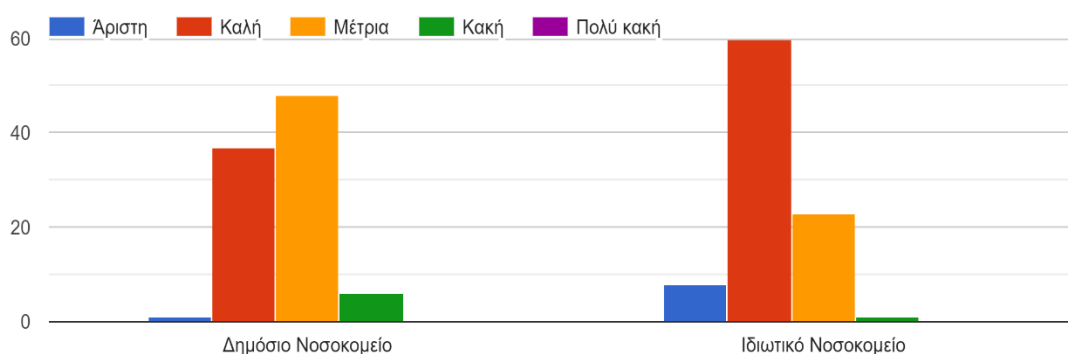
Το γεγονός ότι υπάρχει σημαντική διάφορα στην καθαριότητα των χώρων μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων είναι κάτι που είναι ευρέως γνωστό και σίγουρα δεν δείχνει την εικόνα που θα έπρεπε να έχουν τα δημόσια νοσοκομεία.

Το παραπάνω δυστυχώς επαληθεύεται και από τις απαντήσεις της έρευνας μας, μιας και μόλις 19 από τους 92 (ποσοστό 20,6%) δηλώνει ότι η καθαριότητα του θαλάμου των δημοσίων νοσοκομείων είναι καλή, σε αντίθεση με τους 65 από τους 92 (ποσοστό 70,6%), που δηλώνουν ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχει καλή ή και άριστη καθαριότητα των χώρων.

Με δεδομένο ότι στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν γραφεία που έχουν αναλάβει την καθαριότητα, θα πρέπει κατά την γνώμη μας το κράτος να θεσπίσει συγκεκριμένες προδιαγραφές (standard) καθαριότητας, οι οποίες αν δεν υλοποιούνται στο ακέραιο να υπάρχει αποβολή από το νοσοκομείο του γραφείου.

Ερώτηση 13 Αποτελεσματικότητα ελληνικών κρατικών και ιδιωτικών νοσοκομείων

Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων και ιδιωτικών είναι:



Διάγραμμα 13 - Αποτελεσματικότητα ελληνικών κρατικών και ιδιωτικών νοσοκομείων

Με την ερώτηση αυτή θέλουμε να αναδείξουμε την γενική εικόνα που υπάρχει στην κοινή γνώμη σχετικά με την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων και παράλληλα να δούμε και τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Κατά την γνώμη μας η ερώτηση αυτή είναι αρκετά σημαντική και φανερώνει τον τρόπο που ο πολίτης βλέπει το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας.

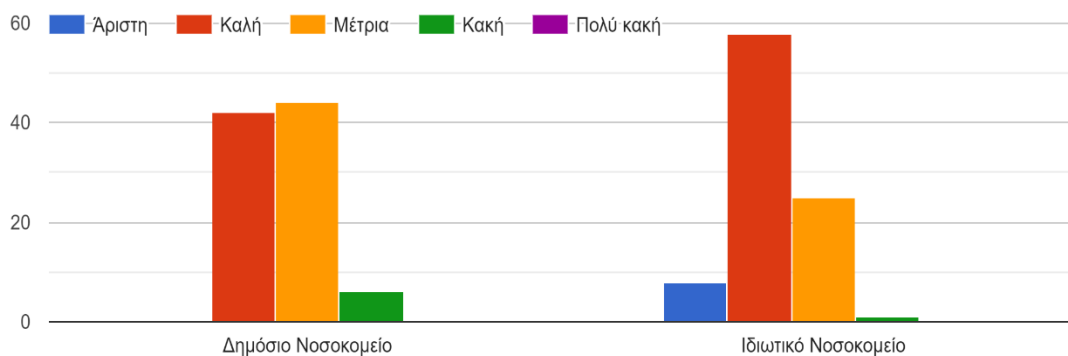
Από τις απαντήσεις το 37% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία είναι αποτελεσματικά ενώ υπάρχει και ένα 52% που δηλώνει ότι η αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο.

Αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 73,9% δηλώνει ότι υπάρχει αποτελεσματικότητα και μόλις το 25% ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία η αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο.

Τέλος θεωρούμε ότι σημαντικό στοιχείο είναι ότι υπάρχουν 7 (ποσοστό 7,6%), απαντήσεις συνολικά που δηλώνουν ότι υπάρχει κακή αποτελεσματικότητα στα νοσοκομεία της χώρας μας γενικότερα.

Ερώτηση 14 Συνολική βαθμολόγηση σαν ασθενής

Βαθμολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες ως ασθενής:



Διάγραμμα 14 - Συνολική βαθμολόγηση σαν ασθενής

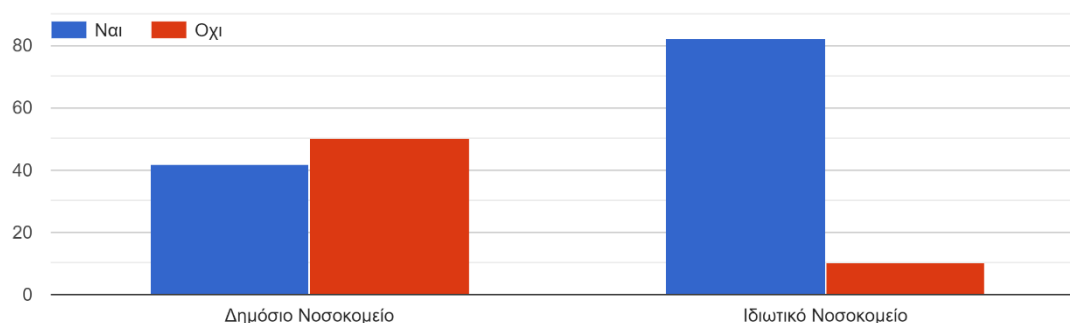
Και στην ερώτηση αυτή τα αποτελέσματα δείχνουν την ξεκάθαρη διάφορα που νιώθουν οι πολίτες μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Ανεξάρτητα με την εικόνα σημαντικό στοιχείο παίζει η πεποίθηση που έχει η κοινή γνώμη για τα νοσοκομεία της χώρας και σίγουρα αυτό είναι κάτι που πρέπει να αλλάξει.

Στα δημόσια νοσοκομεία μόνο το 45,6% θεωρεί ότι η συνολική ποιότητα υπηρεσιών είναι καλή, ενώ αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 63,2% βαθμολογεί θετικά την παροχή υπηρεσιών.

Σίγουρα κατά την γνώμη μας είναι ότι συνολικά υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης, που στα δημόσια νοσοκομεία τα περιθώρια αυτά είναι σημαντικά μεγαλύτερα.

Ερώτηση 15 Χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων

Ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο



Διάγραμμα 15 - Χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων

Μια ακόμα περιοχή που αναδεικνύει την σωστή παροχή υπηρεσιών στα νοσοκομεία της χώρας είναι και ο χρόνος που απαιτείται ενώ νοσηλεύεσαι για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις. Έτσι και στην ερώτηση αυτή θέλαμε να αναδείξουμε αν κατά την παραμονή του

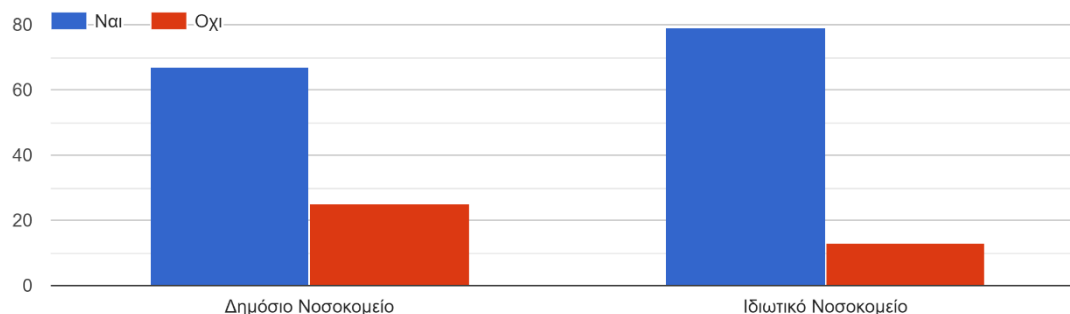
ασθενή στην κλινική που τα δεδομένα είναι πιο ομαλά σε σχέση με τα τακτικά περιστατικά υπάρχει πιο σωστή εξυπηρέτηση.

Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι και εδώ υπάρχει σημαντική διάφορα μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα το 45,6% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι στα δημόσια νοσοκομεία ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων ήταν ικανοποιητικός, κάτι που στα ιδιωτικά είναι στο 89,1%.

Πιθανώς ότι και εδώ, οι καθυστερήσεις να είναι απορία της ελλείψεως προσωπικού, αλλά σε κάθε περίπτωση αποτελεί περιοχή που χρήζει κατά την γνώμη μας βελτίωση και σίγουρα δεν μπορεί να αποδειχθεί ποιος είναι ο ακριβής λόγος που παρατηρείται η σημαντική διάφορα μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ερώτηση 16 Γενική τοποθέτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών

Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή



Διάγραμμα 16 - Γενική τοποθέτηση για την ποιότητα των υπηρεσιών

Και με την ερώτηση αυτή θέλουμε να αναδείξουμε την γενική εικόνα που υπάρχει στην κοινή γνώμη σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών των νοσοκομείων και παράλληλα να δούμε και τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Κατά

την γνώμη μας η ερώτηση αυτή είναι αρκετά σημαντική και φανερώνει τον τρόπο που ο πολίτης βλέπει το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας.

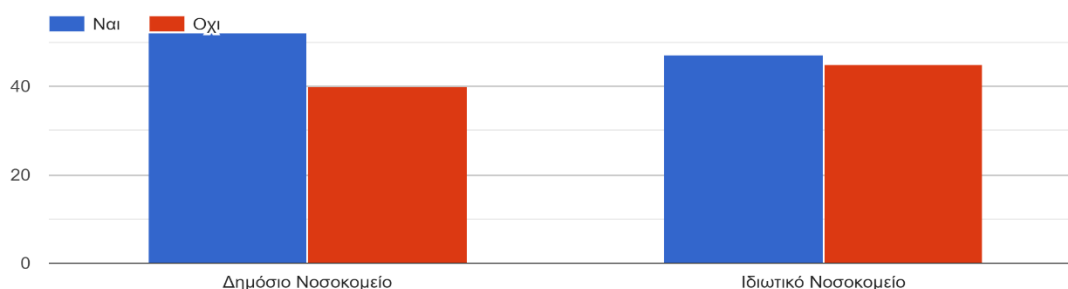
Από τις απαντήσεις το 72,8% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν γενικότερα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών και αυτό οφείλεται κατά την γνώμη στο πολύ καλό ιατρικό προσωπικό που υπάρχει σε αυτά. ενώ υπάρχει και ένα 27,2% που δηλώνει ότι η παροχή υπηρεσιών δεν είναι ικανοποιητική.

Αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 85,8% δηλώνει ότι ιδιωτικά νοσοκομεία παρέχουν γενικότερα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών και μόλις το 14,2% ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία η παροχή υπηρεσιών δεν είναι ικανοποιητική.

Σημαντικό στοιχείο που θεωρούμε ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία κατά την γνώμη και προκύπτει από τις απαντήσεις είναι ότι οι πολίτες της χώρας έχουν γενικότερα εμπιστοσύνη στα νοσοκομεία και στον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν στο πιο πολύτιμο αγαθό που είναι η υγεία μας.

Ερώτηση 17 Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε

Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε



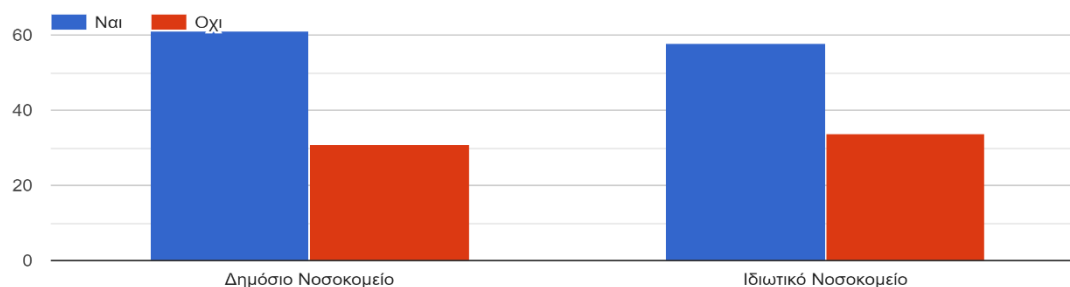
Διάγραμμα 17 - Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε

Με την ερώτηση αυτή θεωρούμε ότι γίνεται ξεκάθαρο ότι υπάρχει σημαντικό θέμα με τη παροχή υπηρεσιών που οφείλεται στους ανθρώπους που παρέχουν τις υπηρεσίες στα νοσοκομεία της χώρας μας. Θεωρούμε ότι η απαντήσεις αναδεικνύουν την μη σωστή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων που υπάρχει σε όλα τα νοσοκομεία και είναι σημείο που χρήζει άμεση βελτίωση.

Παρόλο που οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες (56% στα δημοσία νοσοκομεία θεωρεί ότι δεν είναι επαρκείς οι υπηρεσίες και 51% στα ιδιωτικά), θεωρούμε ότι θα πρέπει άμεσα να γίνει αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων, έτσι ώστε να προσφέρονται στους ασθενείς οι υπηρεσίες που πρέπει για να υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή η γρήγορη ίαση των ασθενών με τις καλύτερες συνθήκες .

Ερώτηση 18 Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών

Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών



Διάγραμμα 18 - Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών

Με την ερώτηση αυτή θέλουμε να αναδείξουμε την άποψη των πολιτών σχετικά με το πως βλέπουν να επηρεάζονται οι υγειονομικές υπηρεσίες από την συνέχεις αυξήσεις.

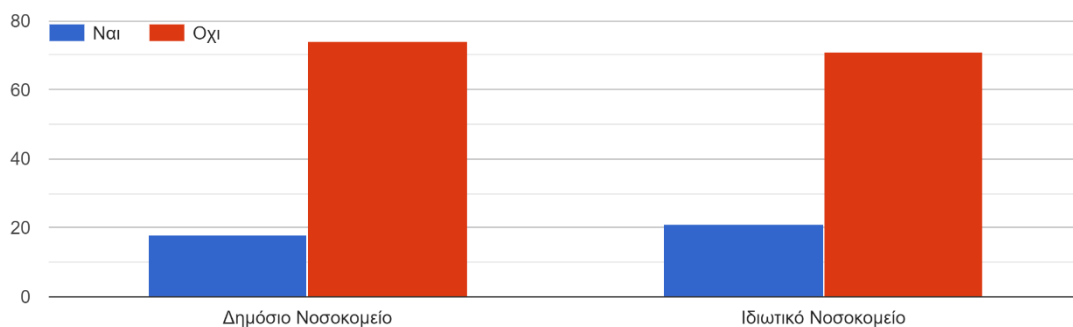
Σημαντικό στοιχείο βιωσιμότητας και σωστής λειτουργίας είναι να υπάρχει για κάθε νοσοκομείο κερδοφορία και μάλιστα να είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο, η οποία όμως σε καμία περίπτωση κατά την γνώμη μας δεν πρέπει να επιτυγχάνεται με την καταστράγηση των υπηρεσιών που απαιτούνται.

Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι η κοινή γνώμη είναι αρκετά επηρεασμένη από τις συνέχεις αυξήσεις που έχουμε τους τελευταίους μήνες, κάτι που θεωρούν ότι θα έχει αντίκτυπο και στις υπηρεσίες που θα προσφέρονται στο μέλλον.

Έτσι το 66,3% δηλώνει ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το 63% στα ιδιωτικά.

Ερώτηση 19 Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους

Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους



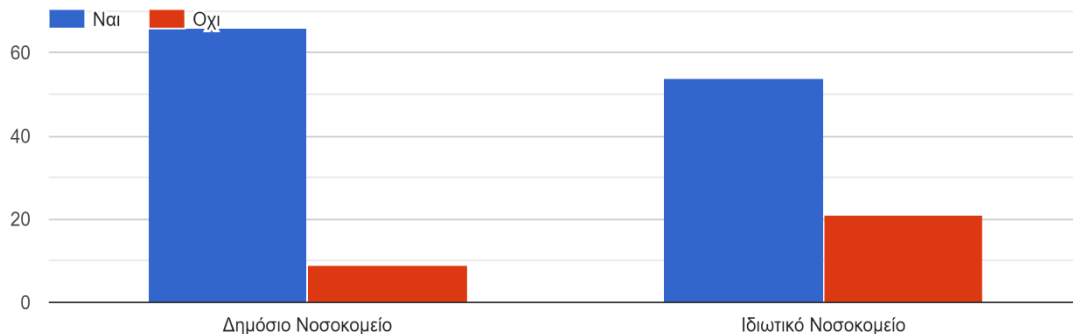
Διάγραμμα 19 - Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους

Η ακρίβεια που βιώνουμε όλοι μας τους τελευταίους μήνες είναι σημαντική και σίγουρα κανένας δεν θα ήθελε να πληρώνει και επιπλέον φόρους για να έχει καλύτερες υπηρεσίες υγείας, κάτι που για τα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν και θα έπρεπε να έχει και ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών.

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις είναι σχεδόν ίδιες και για τις δυο μορφές νοσοκομείων στην χώρα μας. Σχεδόν 8 στους 10 δηλώνουν ότι δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους

Ερώτηση 20 Πιστεύετε ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών

Πιστεύετε ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών σε :



Διάγραμμα 20 - Πιστεύετε ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών

Η πανδημία σίγουρα αποτελεί στοιχείο που έχει επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλη των ανθρωπότητα και έχει οδηγήσει δυστυχώς εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους στον θάνατο. Με την ερώτηση αυτή θέλουμε να αναδείξουμε πως βλέπουν οι πολίτες την πανδημία σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών στα νοσοκομεία της χώρας μας.

Έτσι το 88% δηλώνει ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών στα δημοσία νοσοκομεία κάτι που στα ιδιωτικά νοσοκομεία φαίνεται ότι σε χαμηλότερο επίπεδο μιας και το 72% δηλώνει ότι έχει επηρεασθεί αρνητικά το επίπεδο υπηρεσιών.

6.2 Συμπεράσματα έρευνας

Οι απαντήσεις για τα ιδιωτικά νοσοκομεία αναδεικνύουν ότι δεν υπάρχει σημαντική καθυστέρηση, μιας και 80 από τους 92 δηλώνουν ότι δεν είχαν καθυστέρηση πριν την εξέταση τους από τον ιατρό στο νοσοκομείο.

Κατά συνέπεια σαν γενικό συμπέρασμα μπορούμε να πούμε ότι στα δημοσία νοσοκομεία υπάρχει καθυστέρηση πριν την εξέταση κάτι που δεν παρατηρείται στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στα δημοσία νοσοκομεία 74 από του 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ μόνο 14 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η πολύ κακή συμπεριφορά), δηλώνουν μόνο 4 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία 78 από 92 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν καλή ή και άριστη, ενώ μόνο 13 δηλώνουν ότι η συμπεριφορά ήταν μέτρια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι αρνητικές απαντήσεις (κακή η πολύ κακή συμπεριφορά), είχαμε μόνο 1 από του 92 που απαντήσαν στην έρευνα μας.

Στα δημοσία νοσοκομεία υπάρχει σημαντικό θέμα με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου κάπου χαρακτηρίζεται κακή ως πολύ κακή, κάτι που δεν προκύπτει από τα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Στα δημοσία νοσοκομεία και πιο αναλυτικά στο νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών δεν υπάρχει η καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς, κάτι που στα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν υφίσταται. Κατά συνέπεια θεωρούμε ότι και το σημείο αυτό χρήζει βελτίωση και ενδεχομένως να οφείλεται και στην έλλειψη προσωπικού που παρατηρήθηκε τα δυο προηγούμενα έτη που υπήρχε η πανδημία.

Παρατηρείται σημαντική διάφορα μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, κάτι που αναδεικνύει την όχι σωστή διαχείριση των περιστατικών από την πλευρά του προσωπικού που εργάζεται στα δημόσια νοσοκομεία και οδηγεί οι ασθενείς να επιβαρύνονται με επιπλέον καθυστερήσεις κατά την εισαγωγή τους στην κλινική. Πιθανώς οι καθυστερήσεις να είναι απορία της ελλείψεως προσωπικού, αλλά σε κάθε περίπτωση αποτελεί περιοχή που χρήζει κατά την γνώμη μας βελτίωση.

Από τις απαντήσεις το 37% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία είναι αποτελεσματικά ενώ υπάρχει και ένα 52% που δηλώνει ότι η αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο.

Αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 73,9% δηλώνει ότι υπάρχει αποτελεσματικότητα και μόλις το 25% ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία η αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο.

Τα αποτελέσματα δείχνουν την ξεκάθαρη διάφορα που νιώθουν οι πολίτες μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Ανεξάρτητα με την εικόνα σημαντικό στοιχείο παίζει η πεποίθηση που έχει η κοινή γνώμη για τα νοσοκομεία της χώρας και σίγουρα αυτό είναι κάτι που πρέπει να αλλάξει. Στα δημόσια νοσοκομεία μόνο το 45,6% θεωρεί ότι η συνολική ποιότητα υπηρεσιών είναι καλή , ενώ αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 63,2% βαθμολογεί θετικά την παροχή υπηρεσιών.

Από τις απαντήσεις το 72,8% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν γενικότερα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών και αυτό οφείλεται κατά την γνώμη στο πολύ καλό ιατρικό προσωπικό που υπάρχει σε αυτά. ενώ υπάρχει και ένα 27,2% που δηλώνει ότι η παροχή υπηρεσιών δεν είναι ικανοποιητική.

Αντίθετα στα ιδιωτικά νοσοκομεία το 85,8% δηλώνει ότι ιδιωτικά νοσοκομεία παρέχουν γενικότερα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών και μόλις το 14,2% ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία η παροχή υπηρεσιών δεν είναι ικανοποιητική.

Γίνεται ξεκάθαρο ότι υπάρχει σημαντικό θέμα με τη παροχή υπηρεσιών που οφείλεται στους ανθρώπους που παρέχουν τις υπηρεσίες στα νοσοκομεία της χώρας μας. Θεωρούμε ότι η απαντήσεις αναδεικνύουν την μη σωστή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων που υπάρχει σε όλα τα νοσοκομεία και είναι σημείο που χρήζει άμεση βελτίωση.

Παρόλο που οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες (56% στα δημόσια νοσοκομεία θεωρεί ότι δεν είναι επαρκείς οι υπηρεσίες και 51% στα ιδιωτικά), θεωρούμε ότι θα πρέπει άμεσα να γίνει αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων, έτσι ώστε να προσφέρονται στους ασθενείς οι υπηρεσίες που πρέπει για να υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή η γρήγορη ίαση των ασθενών με τις καλύτερες συνθήκες .

Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι η κοινή γνώμη είναι αρκετά επηρεασμένη από τις συνέχεις αυξήσεις που έχουμε τους τελευταίους μήνες, κάτι που θεωρούν ότι θα έχει αντίκτυπο και στις υπηρεσίες που θα προσφέρονται στο μέλλον.

Έτσι το 66,3% δηλώνει ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το 63% στα ιδιωτικά.

Η πανδημία σίγουρα αποτελεί στοιχείο που έχει επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλη των ανθρωπότητα και έχει οδηγήσει δυστυχώς εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους στον θάνατο. Με την ερώτηση αυτή θέλουμε να αναδείξουμε πως βλέπουν οι πολίτες την πανδημία σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών στα νοσοκομεία της χώρας μας.

Έτσι το 88% δηλώνει ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία κάτι που στα ιδιωτικά νοσοκομεία φαίνεται ότι σε χαμηλότερο επίπεδο μιας και το 72% δηλώνει ότι έχει επηρεασθεί αρνητικά το επίπεδο υπηρεσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατασκευή μεγάλων και σημαντικών ιδιωτικών νοσοκομείων, καθώς και η συνεχιζόμενη επέκταση και δέσμευσή τους στην υγειονομική περίθαλψη, δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες:

Πρώτον, με την εφαρμογή σύγχρονων οργανωτικών και διαχειριστικών συστημάτων στα νοσοκομεία τους, ενισχύουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, με την ορθολογική λειτουργία τους, λειτουργούν ως πρότυπο για δραστικές αλλαγές και σημαντικές προόδους στον δημόσιο τομέα.

Δεύτερον, η λειτουργία τους ελαχιστοποιεί το κόστος των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας γιατί είναι κερδοσκοπικές και το κόστος νοσηλείας καλύπτεται από τον ασθενή ή από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Αυτό μετριάξει τον δημοσιονομικό στραγγαλισμό του δημόσιου συστήματος υγείας.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι πολλά μπορούν να ειπωθούν και να ακουστούν για το πώς ο ιδιωτικός τομέας είναι ανώτερος από το δημόσιο ή πώς τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι προτιμότερα από το δημόσιο. Η πλειονότητά τους βασίζεται σε προσωπικές εμπειρίες, στατιστικά στοιχεία ή στην υπεράσπιση ατομικών ή ομαδικών συμφερόντων για την προβολή ευνοϊκών αντιλήψεων του κοινού. Δεν υπάρχουν επιστημονικά καταγεγραμμένες μελέτες σύγκρισης που να καταδεικνύουν τη διαφορά μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συμπεριφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο επηρεάζεται πάντα από το άγχος του για την ασθένειά του. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει άμεση επαφή με τον ασθενή έχει την ευθύνη να εξηγήσει τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες του παρέχοντάς του αυτά τα «δώρα». Η νοσηλευτική ομάδα πρέπει να παρέχει στον ασθενή εμπιστοσύνη και σιγουριά, κατανόηση και φροντίδα, αγάπη και ενθάρρυνση και τη διαβεβαίωση ότι θα γίνει ό,τι καλύτερο για την ανακούφισή του. Ο ασθενής πρέπει να πιστεύει ότι η προσωπικότητά του δεν αμφισβητείται, ότι οι δυσκολίες του είναι σημαντικές και ότι είναι ένα γεμάτο ον με όχι μόνο σωματικές αλλά και ψυχοκοινωνικές και πνευματικές απαιτήσεις.

Αρχικά, θα ήταν ωφέλιμο για τα νοσοκομεία να πραγματοποιούν μια δημοσκόπηση κάθε τρεις μήνες για να διαπιστωθεί εάν οι ασθενείς είναι ή όχι ικανοποιημένοι με την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται. Έτσι ώστε κάθε νοσοκομείο να προσαρμόζει τις υπηρεσίες του στο μέγιστο των δυνατοτήτων του, αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών, ανάλογα με τους πόρους που διαθέτει το κάθε νοσοκομείο.

Επιπλέον, μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, διεξήχθη Διπλωματική Σύγκριση της τρέχουσας εργασίας με προηγούμενη για να διαπιστωθεί εάν η οικονομική κρίση επηρεάζει την ευτυχία των ασθενών.

Τέλος, να λάμβανε χώρα μια καινούργια έρευνα, με καλύτερη στάθμη ως προς το μορφωτικό επίπεδο, που υπάρχει πιθανότητα να επηρέαζε τις απαντήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αντεριώτη Π, Αντωνίου Γ, (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Περιεργειρητική νοσηλευτική. Τόμος 1, Τεύχος 1.

Βελονάκη Β, Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Ανασκόπηση. Νοσηλευτική 2006. 45(4):491-499.

Γείτονα Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική, 79(3): 259-267.

Γώγος Χ (2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10ος τεύχος 1ο .

Δίκαιος Κωνσταντίνος, Κουντούζης Μανώλης, Πολύζος Νίκος, Σιγάλας Ιωακείμ, Χλέτσος Μιχάλης, «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείριση (Management) Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999

Θανασάς Κ, Χαραλάμπους Μ (2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Επιστημονικά χρονικά. Τόμος 21ος , τεύχος 2ο

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Καλογεροπούλου, Μ. (2011). “Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων”. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 28(6), 794-803. Ανακτήθηκε από: <https://www.mednet.gr/archives/2011-6/pdf/794.pdf>

Κυριόπουλος, Γ. (2018). Θεωρία και πολιτική στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αθήνα: Καστανιώτη.

Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4):398-408

Λιαρόπουλος Λ., «Η αγορά στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας, 2001, 12(69):58

Λιαργκόβας Π. (2004): Σύγχρονες προκλήσεις στην Οικονομική Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Μανιού Μ. & Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009)

Σιγάλας Ι. (1999). “Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου “Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις”, Εκδόσεις: Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Τόμος 4 ος , Πάτρα.

Σωτηροπούλου Α, Καλογιάννη Α, Βασταρδής Λ, Παπαγιαννάκη Β, Καδδά Ο, Μαρβάκη Χ (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 13ος , Τεύχος 2ο .

Σουλιώτης, Κ. (2019). Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τούντας Γ. (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2012). Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Γενική Γραμματεία ΥΥΚΑ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Υφαντόπουλος, Ν. Γ. (2006). Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. & Maresso, A. (2014). “The impact of financial crisis on the health system and health in Greece”. World Health Organization.

Kristensen, T., Bogetoft, P., & Pedersen, K. M. (2010). Potential gains from hospital mergers in Denmark. Health Care Management Science, 13(4), 334-345.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kontodimopoulos, N., Kaitelidou, D., Lazarou, P., Spinthouri, M., & Tsavalias, K. (2012). Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. Social Cohesion and Development, 7(1), 53-68

Minogiannis, P. (2012). Tomorrow’s public hospital in Greece: managing health care in the post crisis era. Social Cohesion and Development, 7(1), 69-80.

Marinos, G., Vasileiou, I., Katsargyris, A., Klonaris, C. P., Korombelis, P., Michail, O., Valatsou, A., Grimiatsos, J., Vlasis, K., Siasos, G., Souliotis, K., & Konstantopoulos, K. (2009). Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice. Rural Remote Health, 9(4), 1019

Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., & Tountas, Y. (2015). Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution Leads to Rational Mergers. *Global journal of health science*, 7(5), 272–287. doi:10.5539/gjhs.v7n5p272.

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the Reform – The Greek National Health System in Transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.

Tountas, Y., Stefannson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(4), 283-304.

Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2015). The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 84:03, 165–182

Xenos, P., Nektarios, M., Constantopoulos, A., Yfantopoulos, J. (2016). Twostage hospital efficiency analysis including qualitative evidence: A Greek case. *Journal of Hospital Administration*, 5(3).

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012. *Cost effectiveness and resource allocation*, 15, 6. doi:10.1186/s12962-017-0068-5

WHO. (2018). European Health for All Database [online database]. Retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-healthfor-all-database/>

INTERNET

<https://www.kathimerini.gr/society/561770035/i-pandimia-os-katalytis-allagon-sti-dimosia-ygeia>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο
2. Οικογενειακή κατάσταση
3. Ηλικία
4. Εργασιακή κατάσταση
5. Τι είδους ασφάλεια έχετε;
6. Μορφωτικό επίπεδο

Ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών

1. Η εξέτασή σας ήταν (άμεση/με αναμονή)
2. Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν
3. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού
4. Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική ήταν
5. Η εξυπηρέτηση και ο χρόνος που χρειάστηκε για να γίνει η εισαγωγή σας στην κλινική ήταν άμεση
6. Η καθαριότητα του θαλάμου ήταν
7. Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων και ιδιωτικών είναι
8. Βαθμολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες ως ασθενής
9. Ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο
10. Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή
11. Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε
12. Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών
13. Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους
14. Πιστεύετε ότι η πανδημία έχει επηρεάσει αρνητικά την παροχή υπηρεσιών