

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ
ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ»**



ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ- ΜΑΡΙΑ
ΣΚΟΥΝΤΖΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη δύσκολη αυτή περίοδο που διανύουμε, λόγω της οικονομικής κρίσης, τα συστήματα υγείας για να μπορέσουν να εκπληρώσουν την αποστολή τους χωρίς να ενταχθούν εξολοκλήρου στους μηχανισμούς της αγοράς, επιδιώκουν την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Στην αναζήτηση τους αυτή, μεταρρυθμίζονται και αποκτούν δομές που διευκολύνουν την ανάπτυξη του ανταγωνισμού στους κόλπους τους και την επιχειρησιακή προσέγγιση.

Έννοιες όπως, απόδοση, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, εισάγονται στην μελέτη των συστημάτων υγείας δημιουργώντας ένα εντελώς νέο για τους επαγγελματίες υγείας οικονομολογικό λεξιλόγιο.

Το Νοσοκομείο αποτελεί μια οντότητα με τα δικά της χαρακτηριστικά και στοιχεία, η οποία είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον και χαρακτηρίζεται από συγκρουσιακές σχέσεις.

Η αποστολή του νοσοκομείου, όπως είναι αυτονόητο, είναι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης. Σε αυτό το πλαίσιο, όμως περιλαμβάνονται πολλές δραστηριότητες οι οποίες έχουν ως κύριο σκοπό την συνεχή και μελλοντική ανάπτυξη της λειτουργίας του Οργανισμού.

Συγκεκριμένα σκοπός του Νοσοκομείου είναι :

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
2. Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας
3. Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργιών άλλων κλάδων Υγείας.

Για όλους αυτούς τους λόγους, δημιουργείται η ανάγκη της συνεχούς ρύθμισης στις εξελίξεις με απώτερο σκοπό την ταυτόχρονη πορεία του Οργανισμού με τους παράγοντες που οριοθετούν και προωθούν την λειτουργία του καθώς και την διερεύνηση των γνώσεων των υπαλλήλων για την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	12
1. Έννοια της αποδοτικότητας.....	12
1.1.1 Τεχνική αποδοτικότητα.....	13
1.1.2. Καταναμητική αποδοτικότητα.....	14
1.1.3. Δείκτες.....	16
1.2 Έννοια της παραγωγικότητας.....	19
1.2.1. Πότε παρατηρείται αύξηση στην παραγωγικότητα;.....	20
1.2.2 Ποια μέτρα παραγωγικότητας χρησιμοποιούνται σήμερα;.....	21
1.2.3 Πώς μετρείται η παραγωγικότητα στην πράξη;	21
1.2.4. Μέτρηση αποτελεσμάτων	22
1.2.5. Μέτρηση Πόρων	22
1.2.6 Τι είναι η Παραγωγικότητα Εργασίας;	23
1.2.7 Πώς αξιολογούνται οι μετρήσεις της παραγωγικότητας;.....	23
1.2.8 Γιατί είναι σημαντική η βελτίωση της παραγωγικότητας σε μια οικονομία;.....	24
1.2.9 Βελτίωση της παραγωγικότητας σε μια οικονομία σημαίνει και αύξηση στην ανεργία;	25
1.2.10 Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την παραγωγικότητα;	26
1.3 Έννοια της Αποτελεσματικότητας	27
1.3.1 Είδη αποτελεσματικότητας.....	28
1.4 Θεωρία της Οριακής Παραγωγικότητας.....	30
1.5 Ο τρόπος υπολογισμού της Οικονομικής Αποδοτικότητας	31
1.6 Ο τρόπος υπολογισμού της Παραγωγικότητας	35
1.7. Η σχέση αποδοτικότητας και Παραγωγικότητας	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	39
ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	39
2.1. Η φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ.	39
2.1.1. Τα επίπεδα περίθαλψης του Συστήματος Υγείας	40
2.2 Η Δομή του Ε.Σ.Υ.	42
2.3 Το Ελληνικό Νοσοκομείο	44

2.3.1. Τύποι νοσοκομείων	45
2.3.2. Το ελληνικό νοσοκομείο σήμερα	49
2.3.3. Στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων.....	50
2.3.4. Δημόσια – Ιδιωτικά Ελληνικά Νοσοκομεία	50
2.3.5. Διαφορές δημόσιου με ιδιωτικού νοσοκομείου	51
2.3.6. Αδυναμίες λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων	51
2.3.7. Συμπεράσματα σχετικά με το Ελληνικό Νοσοκομείο.....	54
2.4. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	59
ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	59
3.1 Έννοια των Οικονομικών της Υγείας	59
3.1.1 Το αντικείμενο της Οικονομικής της Υγείας.....	59
3.1.2. Διαφορές μεταξύ Οικονομική της Υγείας και Οικονομική Επιστήμη	61
3.1.3. Η μεθοδολογία των οικονομικών της Υγείας.....	64
3.2. Οι Δαπάνες της Υγείας	64
3.2.1. Δημόσιες (Κρατικές) Δαπάνες Υγείας	67
3.2.2. Δαπάνες Υγείας Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης.....	67
3.2.3. Οι ιδιωτικές δαπάνες	67
3.3. Αιτία Αύξησης των Δαπανών της Υγείας	69
3.4. Ο έλεγχος των Δαπανών τα της Υγείας και η Αποδοτικότητα.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	75
Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	75
4.1 Ιστορία των Ελληνικών Νοσοκομείων.....	75
4.1.1. Προβλήματα Συστήματος Υγείας.....	77
4.1.2. Αναποτελεσματικότητα Ελληνικών Νοσοκομείων	78
4.1.3. Συμπέρασμα.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	82
Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.	82
5.1. Γενικά.....	82
5.2. Επιπτώσεις τις οικονομικής κρίσης στον άνθρωπο :.....	83
5.3. Το Ε.Σ.Υ. και η οικονομική κρίση	86
5.4. Παράδειγμα : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).....	87
5.5. Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας :	91
5.6. Προσδοκώμενα αποτελέσματα	95
5.7. Συμπέρασμα.....	95

5.8.Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	98

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάλυση των εννοιών αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα των Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας μας, πριν και μετά την οικονομική κρίση.

Αναλύοντας της παραπάνω έννοιες, εκτιμήσαμε ότι είναι αναγκαία η επιλογή των κατάλληλων αποδοτικών ιατρικών μέτρων, των προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας που να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε εκροές, για μείωση του κόστους και αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών.

Για όλα τα παραπάνω σημαντικό ρόλο έχει η διοίκηση ενός νοσοκομείου.

Μέσα από τη σωστή διοίκηση, ο διοικητής μια νοσοκομειακής μονάδας οφείλει να επιτύχει τους αρχικά καθορισμένους στόχους, δηλ. να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην απόδοση του νοσοκομείου.

Επομένως, μια νοσοκομειακή μονάδα μπορεί να αποδώσει όταν οι διάφοροι παράγοντες (διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό) που δρουν μέσα σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνουν τους στόχους που έχουν τεθεί με αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Δυστυχώς, στην χώρα μας λόγω της σοβαρής οικονομικής κρίσης η οποία έχει ως αποτέλεσμα στα νοσοκομεία να υπάρχουν λιγότεροι πλέον γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό για να φροντίζουν περισσότερους ασθενείς καθώς επίσης να μην διαθέτουν ρευστό για τις προμήθειες, δημιουργούνται κίνδυνοι ακόμη και σε ό,τι αφορά τη βασική υγιεινή.

Θα κρατήσω για τέλος τα λόγια του επιστήμονα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Ρομπέρτο Μπαρτολίνι, ο οποίος δήλωσε :

«Ανησυχώ για το ποσοστό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στην Ελλάδα. Οι περικοπές σε πόρους και προσωπικό καθιστούν πλέον πολύ δύσκολο τον έλεγχο των λοιμώξεων και των κανόνων υγιεινής. Οι χώρες πρέπει να είναι πολύ προσεκτικές όταν επιλέγουν τι θα κόψουν και τι θα κρατήσουν. Αυτή είναι μια

πολύ σοβαρή υπόθεση η οποία μπορεί να επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού πολύ περισσότερο μεσοπρόθεσμα, και που θα αυξήσει αντί να μειώσει το κόστος».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί την Πτυχιακή μου Εργασία που κατατίθεται στα πλαίσια των σπουδών μου στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Στα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν γίνεται μια ανάλυση σχετική με την αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των νοσοκομείων, με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα οικονομικά της Υγείας και γενικότερα την εικόνα των Νοσοκομείων της χώρας μας πριν και μετά την οικονομική κρίση.

Πριν ξεκινήσουμε να μελετάμε την Πτυχιακή Εργασία, θεωρώ απαραίτητο να γίνει μια σύντομη εισαγωγή στην ευρύτερη έννοια του τομέα της υγείας και στην κατάσταση που έχει επέλθει μετά την οικονομική κρίση.

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και μια από τις κρίσιμες συνιστώσες της σύγχρονης κοινωνίας. Η πολιτεία, μέσω του κρατικού παρεμβατισμού και των πολιτικών μεταρρυθμίσεων, στοχεύει όχι μόνο στην ισότητα και στην κοινωνική δικαιοσύνη ως προς την χρήση και κατανομή των πόρων υγείας, τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και στην όσο το δυνατόν αποτελεσματική και ορθολογική χρήση των πόρων του συστήματος υγείας.

Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες προσφέρεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες.

Γενικότερα όμως, ο τομέας υπηρεσιών της υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους τομείς που συναντάμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά, τις περισσότερες φορές χωρίς ιδιαίτερο σχεδιασμό και συγκεκριμένους στόχους, επηρεάστηκε και ακολούθησε, σε κάθε εποχή και τόπο, κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες.

Κάνοντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή θα αναφερθώ στο τρόπο που ασκείτο η ιατρική ξεκινώντας από τις πρωτόγονες κοινωνίες στις οποίες υπήρχε ο ιατρός – θεραπευτής που ασκούσε την ιατρική εμπειρικά. Στα

Ομηρικά χρόνια συναντάμε την πρώτη παροχή φροντίδα υγείας από τους δυο γιούς του Ασκληπιού οι οποίοι περιποιούνται τους τραυματίες των στρατευμάτων. Στη συνέχεια ο Ιπποκράτης με το θεραπευτικό και συγγραφικό του έργο δεν αποτελεί μόνο τον θεμελιωτή της επιστημονικής ιατρικής αλλά τονίζει την σημασία του περιβάλλοντος, της διατροφής και της ατομικής υγιεινής στην πρόληψη των ασθενειών. Στο Βυζάντιο ιδρύεται ο πρώτος ξενώνας υπο μοναστηριακό καθεστώς το οποίο αργότερα ήταν πρότυπο για πολλές νοσοκομειακές μονάδες στην Γαλλία, Ιταλία, Αγγλία, Γερμανία κ.λ.π. Μετά την Γαλλική Επανάσταση πολλά νοσοκομεία πέρασαν στην έλεγχο του κράτους ενώ αρχίζει η λειτουργία των εξωτερικών ιατειών για την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο 19^{ος} και ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίζονται από ισχυρή κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας, η οποία σκοπό είχε να εντάξει τις υπηρεσίες υγείας σε ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας, μέσω της δημιουργίας συστημάτων υγείας, των οποίων η μορφή είναι αποτέλεσμα κοινωνικοπολιτικών, πολιτιστικών και οικονομικών συνθηκών.

Η περίοδος μετά τον 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών αλλά και μια σημαντική αύξηση των διαθέσιμων πόρων για την υγεία. Η οικονομική όμως κρίση της δεκαετίας του 1970 θα σταματήσει τους ρυθμούς ανόδου. Ταυτόχρονα, διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας με κύρια χαρακτηριστικά το αυξανόμενο οικονομικό κόστος, την στασιμότητα των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, την αδυναμία περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων και την εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μια ισχυρή και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα.

Η ιστορία επαναλαμβάνεται και σήμερα υπό το βάρος των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων, το κόστος για το υγειονομικό τομέα και την παροχή των υπηρεσιών της υγείας, αποτελεί ένα μόνιμο πρόβλημα για όλες τις

κυβερνήσεις και οργανισμούς δημόσιους και ιδιωτικούς, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα, με την παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα ελληνικά νοσοκομεία βρίσκονται πλέον σε τόσο δύσκολη κατάσταση που το προσωπικό δεν καταφέρνει πλέον να τηρεί βασικές διαδικασίες ελέγχου των νοσημάτων, όπως το να χρησιμοποιούνται ποδιές και γάντια-μια κατάσταση που απειλεί με αύξηση των πολύ ανθεκτικών στα φάρμακα λοιμώξεων.

Η Ελλάδα έχει ήδη ένα από τα χειρότερα προβλήματα στην Ευρώπη σε ό,τι αφορά τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, καθώς ειδικοί στις μολυσματικές ασθένειες φοβούνται ότι αυτό επιδεινώνεται από τη σοβαρή οικονομική κρίση που έχει μειώσει το επίπεδο του προσωπικού και έχει βλάψει την τήρηση των διεθνών προτύπων της περίθαλψης.

Όλα αυτά θα αναλύσουμε στα Κεφάλαια που θα ακολουθήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

1.1 Έννοια της αποδοτικότητας

Κάθε σύστημα υγείας έχει ως σκοπό να διασφαλίσει και να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου. Διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η αρχή της αποδοτικότητας αναφέρεται στην οικονομική σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών του συστήματος υγείας.

Εισροές συστήματος υγείας : οι εισροές είναι οι ανθρώπινοι και οι οικονομικοί πόροι, ο τεχνολογικός εξοπλισμός και η κτιριακή υποδομή. Με την είσοδο του ασθενή σε κάποια νοσηλευτική μονάδα ξεκινά μια διαδικασία που περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, τον εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και τον επανέλεγχο.

Εκροές συστήματος υγείας : οι εισαγωγές ασθενών, η διάρκεια νοσηλείας και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων αποτελούν τις εκροές του συστήματος.

Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχει. Τα αποτελέσματα αφορούν στο επίπεδο και την εξέλιξη των δεικτών της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, με βάση τους οποίους μετράται η βελτίωση και η εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Πιο αναλυτικά, με το όρο αποδοτικότητα στον χώρο της υγείας εννοείται ο βαθμός αξιοποιήσιμων των διαθέσιμων πόρων για την παραγωγή εκροών, που

μπορεί να αρχίζουν με ενδιάμεσα προϊόντα (νοσηλευθέντες ασθενείς, ημέρες νοσηλείας κ.λ.π.) και να φθάνουν στο τελικό αποτέλεσμα που είναι η υγεία των πολιτών. Η αποδοτικότητα αποτελεί φροντίδα της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας ενώ η αποτελεσματικότητα είναι στόχος των ιατρών. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της ιατρικής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος.

Η αποδοτικότητα αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης σύμφωνα με τον Cochrane (1972). Τα άλλα δύο είναι η ισότητα και η αποτελεσματικότητα. Το κριτήριο της ισότητας αφορά στα συστήματα υγείας και είναι μέλημα της πολιτικής υγείας.

Η έννοια της αποδοτικότητας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

1. Τεχνική αποδοτικότητα
2. Κατανεμητική αποδοτικότητα

1.1.1 Τεχνική αποδοτικότητα

Συνδέεται με την ελάχιστη ποσότητα εισροών σε κάθε παρέμβαση που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Η τεχνική αποδοτικότητα ερμηνεύει την απόδοση ενός οργανισμού υγείας συγκρίνοντάς την με τη συνάρτηση παραγωγής ενός υποθετικού βέλτιστου οργανισμού.

Δίνει έμφαση στην έννοια της αποδοτικής συνάρτησης παραγωγής, η οποία ενέχει ρόλο προτύπου (standard) και εκφράζει τις δυνατές εκροές ενός τέλει αποδοτικού οργανισμού υγείας με δεδομένο συνδυασμό εισροών. Αναφέρεται, δηλαδή, στις σχέσεις τεχνολογικής φύσης των εισροών (κεφάλαιο, εργασία, ιατρικός εξοπλισμός) και των αποτελεσμάτων υγείας, εκφρασμένα σε όρους

ενδιάμεσων εκροών (αριθμός ασθενών, χρόνος αναμονής, ημέρες νοσηλείας, μείωση δεικτών θνητότητας ή αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης).

1.1.2. Καταναμητική αποδοτικότητα

Συνδέεται με την επιλογή μιας ομάδας τεχνικά αποδοτικών παρεμβάσεων φροντίδας για την επίτευξη της μεγαλύτερης (καλύτερης) δυνατής βελτίωσης των αποτελεσμάτων υγείας. Αντιμετωπίζοντας τις παρεμβάσεις ως εισροές, η επιλογή γίνεται σύμφωνα με τη διάσταση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness). Στο πλαίσιο της παραγωγής, η καταναμητική αποδοτικότητα ουσιαστικά αναφέρεται στην επιλογή των άριστων ποσοτήτων ή αναλογιών εισροών, δεδομένων των τιμών τους και της τεχνολογίας παραγωγής, για την παραγωγή του ανώτερου επιπέδου εκροών.

Η τεχνική και η καταναμητική αποδοτικότητα μαζί δίνουν την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας, που εστιάζει στην επίτευξη των στόχων και της τεχνικής και της καταναμητικής αποδοτικότητας.

Πρακτικά, η αποδοτικότητα των νοσοκομείων ορίζεται με τρεις τρόπους:

- Πρώτον, ως η παραγωγή της μέγιστης ποσότητας υπηρεσιών υγείας με δεδομένους πόρους, κτηριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και υλικά.

- Δεύτερον, ως η παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών με τους ελάχιστους πόρους

- Τρίτον, ως το ελάχιστο κόστος για την παραγωγή δεδομένης ποσότητας υπηρεσιών υγείας.

Η αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου προσδιορίζεται βραχυχρόνια από το βαθμό αξιοποίησης της εργασίας και μακροχρόνια από μια σειρά παραγόντων, όπως το μέγεθος του οργανισμού, το εύρος των παρεχομένων υπηρεσιών, το ιδιοκτησιακό καθεστώς και τον κρατικό παρεμβατισμό, την κτηριακή και την τεχνολογική υποδομή, τη μέθοδο πληρωμής και το σύστημα οργάνωσης και διοίκησης την τοποθεσία και το νοσολογικό φάσμα.

Γενικότερα, η αποδοτικότητα θεωρείται ότι είναι μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος –εκροής. Σε επίπεδο υπηρεσίας, η αποδοτικότητα συνήθως μετράται με το λόγο εκροών/εισροών, όπου εκροές είναι είτε ενδιάμεσες, είτε τελικές και οι εισροές είτε μετρώνται σε φυσικές μονάδες, είτε μετρέπονται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος. Για παράδειγμα κατά την αξιολόγηση ενός νοσοκομείου οι εισροές συχνά περιλαμβάνουν το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, τις κλίνες, τον εξοπλισμό, ενώ στις ενδιάμεσες εκροές συμπεριλαμβάνονται ο αριθμός ημερών νοσηλείας συνολικά ή ανά ιατρικό τομέα, ο αριθμός χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός νοσηλευθέντων και στις τελικές εκροές τα λεγόμενα outputs, η βελτίωση των δεικτών νοσηρότητα ή θνησιμότητας.

Βέβαια, σύμφωνα με τον Πολύζο (1999) το πιο αποδοτικό δεν σημαίνει απαραίτητα και καλύτερο ή το πιο αποδοτικό δεν είναι πάντα το βέλτιστο.

Για την κατανόηση και την χρήση του όρου αποδοτικότητα σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του όρου «οικονομική αποδοτικότητα» και η ένταξη της έννοιας αυτής σε ένα περιβάλλον όπου συνεκτιμώνται ή συγκρίνονται διάφορες πολιτικές με διαφορετικό βαθμό κοινωνικής αποδοχής.

Η στενή οικονομική έννοια του όρου «οικονομική αποδοτικότητα» είναι η παραγωγή κάποιου προϊόντος στο χαμηλότερο δυνατόν κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα.

Η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους πόρους, οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους που χρησιμοποιούνται. Η αποτίμηση της αποδοτικότητας σε επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών γίνεται μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς, όπου χρησιμοποιούνται διάφορες εισροές και εκροές μετρούμενες σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας των

υπηρεσιών υγείας. Εκτιμάται από δείκτες, όπως δείκτες αποδοτικότητας, δείκτες παραγωγικότητας και δείκτες κόστους.

Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για την σύγκριση, τόσο μεταξύ τμημάτων, όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Οι δείκτες μπορούν να υποδείξουν βασικά ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η καταλληλότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, καθώς και των υπολοίπων παροχών που προσφέρουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Είναι επίσης, απαραίτητοι για την αξιολόγηση κάθε προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας των παροχών αυτών.

1.1.3. Δείκτες

Οι δείκτες μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες :

1. Δείκτες δομής
2. Δείκτες διαδικασιών
3. Δείκτες αποτελέσματος

1. Δείκτες δομής : περιλαμβάνονται δείκτες καταλληλότητας εγκαταστάσεων (έκταση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητας αισθητική των χώρων), επάρκειας κλινών, εκπαίδευσης προσωπικού, αντικατάστασης ιατρικού εξοπλισμού, αναλογίας προσωπικού με ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά έτος, αριθμού έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας ανά έτος, προδιαγραφών και επάρκειας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και ικανές συνθήκες για την διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

2. Δείκτες διαδικασίας : περιλαμβάνονται δείκτες παραγωγικότητας που αφορούν στη διάρκεια παραμονής, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, τις λίστες αναμονής, την εγκυρότητα και αξιοπιστία των διαγνωστικών

εξετάσεων, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος κ.λ.π. Παρ' ότι οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ η ελλιπής ή η προβληματική καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα.

- 3. Δείκτες αποτελέσματος ή έκβασης :** εκφράζουν την αλλαγή στην κατάσταση υγείας του ασθενούς ως αποτέλεσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παραδείγματα τέτοιων δεικτών είναι ο δείκτης θνητότητας ενός νοσοκομείου συνολικά ή κατά κατηγορίες νοσημάτων, δείκτες επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, ποιότητας ζωής των ασθενών, ικανοποίησης των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι δείκτες διαχωρίζονται ως εξής :

- Ø **Δείκτες εισροών** που αξιολογούν τις υποδομές του νοσοκομείου (π.χ. κάτοικοι ανά νοσηλευτικό κρεβάτι), τη στελέχωση του (π.χ. ιατροί ή νοσηλευτές ανά κλίνη), τη χρηματοδότηση του, την εκπαίδευση του προσωπικού, τις ώρες εργασίας, την αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού κ.λ.π.
- Ø **Δείκτες εκροών** αναφέρονται σε δείκτες χρήσης (π.χ. εισαγωγές ανά 10.000 κατοίκους ανά έτος, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση εκατοστιαία κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών, ο δείκτης ροής ασθενών, ο χρόνος αδράνειας κρεβατιού ανά κρεβάτι ή ανά εξιτήριο) δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και δείκτες ενδιάμεσων προϊόντων (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα ανά ασθενή, αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή νοσηλευτή)
- Ø **Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών** είναι δείκτες ικανοποίησης ασθενών, νοσοκομειακών λοιμώξεων, μη προγραμματισμένων επανεισαγάγων

Ø **Δείκτες αποδοτικότητας του νοσοκομείου**, είναι δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, παραγωγικότητας, κόστους μονάδας, τεχνικής αποδοτικότητας, αποδοτικότητας κατανομής κ.λ.π.

Ø **Δείκτες αποτελεσματικότητας**, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού ή ειδικές έρευνες όπως μελέτες νοσηρότητας

Τέλος σχετικά με τους δείκτες έχουν ταξινομηθεί ανάλογα με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας του οποίου τα αποτελέσματα μετρούν :

Ø **Εισροές** : ποσότητες παραγωγικών συντελεστών (π.χ. ώρες εργασίας γιατρών ή νοσηλευτών ή άλλων απασχολούμενων, κλίνες, τεχνολογία, φάρμακα, λειτουργικά κ.λ.π.)

Ø **Ενδιάμεσες εισροές ή εκροές** : ιατρικές νοσηλευτικές και άλλες υπηρεσίες, πολλές από τις οποίες δύναται να διαχωριστούν ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι «εσωτερικός» ή «εξωτερικός»

Ø **Εκροές** : ημέρες νοσηλείας

Ø **Τελική (ποσοτική) εκροή** : νοσηλευθέντες ασθενείς ή ιατρικές περιπτώσεις κατηγοριοποιημένες ανά ιατρική ειδικότητα, ασθένεια, διάγνωση κ.λ.π.

Ø **Τελική (ποιοτική) εκροή/αποτέλεσμα** : επίπεδο υγείας του ασθενούς που νοσηλεύτηκε

Η επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού οργανισμού πρέπει να γίνεται με βασικά κριτήρια όπως :

- Η χρησιμότητα
- Η εγκυρότητα
- Η αξιοπιστία
- Η δυνατότητα σύγκρισης
- Η ανταποκρισιμότητα
- Η ειδικότητα
- Η ευαισθησία

Τελικά, οι δείκτες είναι σημαντικοί εάν καταφέρουν να αποτελέσουν δείκτες των διαδικασιών, οι οποίες είναι υπό την επίδραση των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας, όπως γιατροί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσοκόμες κ.λ.π.

Τέλος, η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα της υπηρεσίας υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους που χρησιμοποιούνται.

Το σύστημα υγείας ως παραγωγική μονάδα



1.2 Έννοια της παραγωγικότητας

Με τον όρο παραγωγικότητα μια παραγωγικής μονάδας εννοούμε τον λόγο των εκροών προς τις εισροές. Ο λόγος αυτός είναι εύκολο να υπολογιστεί όταν για την παραγωγή μιας εκροής χρησιμοποιείται μόνο μια εισροή.

$$\text{Παραγωγικότητα} = \frac{\text{παραχθέντα αγαθά (υπηρεσίες ή προϊόντα)}}{\text{παραγωγικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν}}$$

Στην πραγματικότητα όμως, οι παραγωγικές μονάδες χρησιμοποιούν περισσότερες από μία εισροές για την παραγωγή πολλαπλών εκροών, με αποτέλεσμα οι εκροές και οι εισροές να πρέπει να ομαδοποιηθούν με τρόπο που να συμφωνεί με την οικονομική θεωρία, έτσι ώστε η παραγωγικότητα να

παραμένει ο λόγος δύο βαθμωτών. Διαφορές στην παραγωγικότητα μπορεί να οφείλονται σε διαφορές στην τεχνολογία παραγωγής στην αποτελεσματικότητα της παραγωγικής διαδικασίας και στο περιβάλλον, στο οποίο λαμβάνει χώρα η παραγωγική διαδικασία.

Συγκεκριμένα η παραγωγικότητα είναι η σχέση μεταξύ παραχθέντων αγαθών (προϊόντων ή υπηρεσιών) και χρησιμοποιηθέντων παραγωγικών μέσων (φύση, εργασία, κεφαλαίο).

Υπό την μορφή ερωτήσεων μπορούμε να κατανοήσουμε τι ακριβώς εννοούμε με την λέξη «Παραγωγικότητα» καθώς και τον τρόπο που μετριέται, αυξάνεται κ.λ.π. . Αναλυτικότερα

Ο όρος παραγωγικότητα εκφράζει τη σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων ενός συστήματος, (προϊόντων και υπηρεσιών) και των πόρων (παραγωγικών συντελεστών) που αναλώνονται στην παραγωγή των αποτελεσμάτων, όπως είναι η εργασία, ο εξοπλισμός, τα υλικά, η ενέργεια κ.ά.

Μαθηματικά η παραγωγικότητα εκφράζεται ως:

$$\text{Παραγωγικότητα} = \text{Ποσότητα αποτελεσμάτων} / \text{Ποσότητα πόρων}$$

1.2.1. Πότε παρατηρείται αύξηση στην παραγωγικότητα;

Αύξηση στην παραγωγικότητα από μια περίοδο σε άλλη παρατηρείται:

- α. όταν παράγονται περισσότερα προϊόντα ή υπηρεσίες με τη χρήση των ίδιων πόρων
- β. όταν παράγονται τα ίδια (σε ποσότητα και ποιότητα) προϊόντα ή υπηρεσίες με τη χρήση λιγότερων πόρων
- γ. όταν η αύξηση στα προϊόντα και υπηρεσίες που παράγονται είναι μεγαλύτερη από την αύξηση των πόρων που χρησιμοποιούνται.

1.2.2 Ποια μέτρα παραγωγικότητας χρησιμοποιούνται σήμερα;

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τη μέτρηση της παραγωγικότητας. Τα κυριότερα μέτρα παραγωγικότητας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

Ολική Παραγωγικότητα (Total Factor Productivity) που συσχετίζει το αποτέλεσμα με το σύνολο των χρησιμοποιούμενων πόρων.

$$\text{Ολική Παραγωγικότητα} = \text{Ποσότητα αποτελεσμάτων} / \text{Ποσότητα πόρων (εργασία + κεφάλαιο + ενέργεια + υλικά)}$$

Μερική παραγωγικότητα που συσχετίζει το αποτέλεσμα με ένα μόνο πόρο, όπως η Παραγωγικότητα Εργασίας (που είναι ο πιο διαδεδομένος δείκτης) και η Παραγωγικότητα Κεφαλαίου.

$$\text{Παραγωγικότητα Εργασίας} = \text{Ποσότητα αποτελεσμάτων} / \text{Ποσότητα εργασίας}$$

Χρησιμοποιώντας τα πιο πάνω μέτρα γίνονται υπολογισμοί του **απόλυτου ύψους** της παραγωγικότητας που χρησιμεύουν για συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών συστημάτων ή υπολογισμοί της **μεταβολής** της παραγωγικότητας από μια περίοδο σε άλλη (είτε ως ποσοστό της προηγούμενης περιόδου είτε ως δείκτης με σταθερή περίοδο βάσης). Αυτοί οι υπολογισμοί είναι δυνατό να γίνουν σε διάφορα επίπεδα παραγωγικών συστημάτων: στο επίπεδο της επιχείρησης, στο επίπεδο του κλάδου οικονομικής δραστηριότητας ή στο επίπεδο της οικονομίας.

1.2.3 Πώς μετριέται η παραγωγικότητα στην πράξη;

Η παραγωγικότητα δεν είναι μέγεθος που μπορεί να μετρηθεί κατευθείαν. Η παραγωγικότητα υπολογίζεται ως σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων ενός συστήματος και των πόρων που αναλώνονται στην παραγωγή. Άρα στην πράξη η μέτρηση της παραγωγικότητας ενός συστήματος καταλήγει σε μέτρηση των αποτελεσμάτων του συστήματος και των πόρων που αναλώνονται στην παραγωγή και συσχετίσή τους με βάση τον τύπο:

$$\text{Παραγωγικότητα} = \text{Ποσότητα αποτελεσμάτων} / \text{Ποσότητα πόρων}$$

1.2.4. Μέτρηση αποτελεσμάτων

Για σκοπούς υπολογισμού της παραγωγικότητας τα αποτελέσματα ενός συστήματος μπορούν να μετρηθούν ως:

- φυσικές μονάδες στις περιπτώσεις όπου παράγεται ένα ομοιόμορφο προϊόν
- συνολική αξία της παραγωγής (αξία πωλήσεων + μεταβολή στην αξία των αποθεμάτων και ενδιάμεσων προϊόντων) στις περιπτώσεις όπου παράγονται διάφορα προϊόντα και υπηρεσίες
- Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία (αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται αφού αφαιρεθεί η αξία των αγαθών και υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή ή αλλιώς η συνολική αξία της παραγωγής μείον την ενδιάμεση κατανάλωση).

Στο επίπεδο της Εθνικής Οικονομίας για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιείται το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (η συνολική χρηματική αξία των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μία οικονομία, κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου)

1.2.5. Μέτρηση Πόρων

Η εργασία είναι ο πόρος που χρησιμοποιείται για το πιο διαδεδομένο μέτρο μερικής παραγωγικότητας. Η ποσότητα της εργασίας που αναλώνεται στην παραγωγή μπορεί να μετρηθεί ως:

- αριθμός εργαζομένων (περιλαμβάνει εργαζόμενους με πλήρη και μερική απασχόληση),
- ώρες εργασίας,
- τον αριθμό εργαζομένων σε ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης

Η επιλογή του τρόπου μέτρησης των αποτελεσμάτων και πόρων εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη διαθεσιμότητα των στοιχείων.

1.2.6 Τι είναι η Παραγωγικότητα Εργασίας;

Η Παραγωγικότητα Εργασίας είναι ο πιο ευρέως διαδεδομένος δείκτης παραγωγικότητας και εκφράζει το αποτέλεσμα ενός συστήματος σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό (αριθμός ατόμων, ή ώρες εργασίας) που παράγει το αποτέλεσμα. Η Παραγωγικότητα Εργασίας δεν εκφράζει την προσπάθεια του ανθρώπινου δυναμικού, ούτε μπορεί το επίπεδο της παραγωγικότητας εργασίας να θεωρηθεί ψηλό ή χαμηλό εξ υπαιτιότητας και μόνον των εργαζομένων. Η Παραγωγικότητα Εργασίας αντικατοπτρίζει τη συνολική επίδραση πολλών παραγόντων στο αποτέλεσμα, όπως του φυσικού κεφαλαίου (κτήρια, μηχανήματα), της τεχνολογίας, του ανθρώπινου κεφαλαίου (εκπαίδευση και κατάρτιση), της οργάνωσης της εργασίας, των οικονομιών κλίμακας κ.λπ.

1.2.7 Πώς αξιοποιούνται οι μετρήσεις της παραγωγικότητας; Οι επιχειρήσεις, στηριζόμενες σε μετρήσεις της παραγωγικότητας στο επίπεδο τμημάτων και διαδικασιών, καταστρώνουν σχέδια δράσης για βελτίωση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας προς όφελος των ίδιων των ιδιοκτητών (αυξημένη κερδοφορία) αλλά και των εργαζομένων (ψηλότεροι μισθοί).

Οι μετρήσεις της παραγωγικότητας χρησιμοποιούνται από οικονομικούς αναλυτές για ανάλυση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων όπως της τεχνολογίας και της εκπαίδευσης στην παραγωγικότητα και κατ' επέκταση στην οικονομική ανάπτυξη. Με βάση τα αποτελέσματα των αναλύσεων οι κυβερνήσεις διαμορφώνουν πολιτική για να επηρεάσουν θετικά την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα της χώρας τους προς όφελος του πληθυσμού.

Οι συγκρίσεις της παραγωγικότητας μεταξύ χωρών, επίσης βοηθά στη διαμόρφωση πολιτικής από τις κυβερνήσεις με στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας της χώρας.

Οι εργοδοτικές και συνδικαλιστικές οργανώσεις χρησιμοποιούν τις μετρήσεις της παραγωγικότητας για τις διαπραγματεύσεις των μισθών.

1.2.8 Γιατί είναι σημαντική η βελτίωση της παραγωγικότητας σε μια οικονομία;

Η βελτίωση της παραγωγικότητας κάθε επιχείρησης βελτιώνει την ανταγωνιστικότητά της και επιφέρει αύξηση του μεριδίου αγοράς και αυξημένα κέρδη. Δεδομένου ότι υπάρχει υγιής κοινωνικός διάλογος ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των εργαζομένων, η αύξηση στα κέρδη της επιχείρησης έχει ως αποτέλεσμα, εκτός από ψηλότερα εισοδήματα για τους μετόχους, αύξηση των μισθών και βελτίωση των συνθηκών εργασίας και της κατάρτισης των εργαζομένων. Επίσης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μείωση των τιμών και βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων προς όφελος των καταναλωτών. Το όφελος για τους μετόχους, τους εργαζομένους και τους καταναλωτές μεταφράζεται σε αύξηση των πραγματικών εισοδημάτων και της αγοραστικής τους δύναμης. Το κράτος επωφελείται επίσης από αυξημένα έσοδα λόγω φορολογίας των κερδών με τα οποία μπορεί να στηρίξει την κοινωνική και αναπτυξιακή πολιτική του ώστε να προσφέρει στους πολίτες περισσότερες και καλύτερες υποδομές υγείας, παιδείας, συγκοινωνιών, επικοινωνιών κ.ά. Η απόλαυση καλύτερων υποδομών σε συνδυασμό με την αύξηση της αγοραστικής δύναμης οδηγούν σε βελτίωση του βιοτικού επιπέδου αφού κάθε πολίτης μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες και προτιμήσεις του σε μεγαλύτερο βαθμό. Η αύξηση της ζήτησης για τα προϊόντα της επιχείρησης και οι αποφάσεις για νέες επενδύσεις οδηγούν σε αύξηση της παραγωγής που ισοδυναμεί με οικονομική ανάπτυξη. Αυτό οδηγεί στη δημιουργία νέων,

καλύτερων θέσεων εργασίας και ποιοτική και ποσοτική αύξηση της συνολικής απασχόλησης. Η επένδυση στην κατάρτιση και την αναβάθμιση των δεξιοτήτων των εργαζομένων που είναι δυνατή όταν αυξάνεται η κερδοφορία των επιχειρήσεων οδηγεί σε περαιτέρω βελτίωση της παραγωγικότητας.

Συμπερασματικά η βελτίωση της παραγωγικότητας σε μια οικονομία οδηγεί γενικά σε ψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα, το οποίο αποτελεί το σημαντικότερο κριτήριο του βιοτικού επιπέδου ενός λαού, δεδομένου ότι το κράτος μεριμνά για δίκαιη κατανομή του εισοδήματος, επαρκείς κοινωνικές παροχές, ασφάλεια, ισότητα ευκαιριών, προστασία του φυσικού περιβάλλοντος και σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

1.2.9 Βελτίωση της παραγωγικότητας σε μια οικονομία σημαίνει και αύξηση στην ανεργία;

Στο επίπεδο της επιχείρησης, η εισαγωγή κάποιου μέτρου για βελτίωση της παραγωγικότητας, όπως η χρήση νέας τεχνολογίας στην παραγωγική διαδικασία, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μείωση των ατόμων που απαιτούνται για τη διεκπεραίωση του όγκου παραγωγής. Μακροπρόθεσμα όμως, καθώς η επιχείρηση γίνεται πιο ανταγωνιστική, είναι σε θέση να αυξήσει το μερίδιο αγοράς και, σε συνδυασμό με καινοτομίες, να δημιουργήσει ακόμη περισσότερη ζήτηση για τα προϊόντα της, ώστε να χρειάζεται η πρόσληψη πρόσθετων εργαζομένων για ανταπόκριση στον αυξημένο όγκο εργασίας. Επίσης η υιοθέτηση νέας τεχνολογίας σε μια επιχείρηση οδηγεί σε νέες θέσεις εργασίας σε άλλου τύπου επιχειρήσεις.

Στο επίπεδο της εθνικής οικονομίας, οι ενδείξεις που υπάρχουν μέχρι σήμερα είναι ότι βελτίωση της παραγωγικότητας δεν οδηγεί σε μείωση των ευκαιριών απασχόλησης. Η βελτίωση της παραγωγικότητας δημιουργεί, μακροχρόνια, ανάπτυξη στο εθνικό εισόδημα και την εθνική παραγωγή ώστε να οδηγήσει σε γενική αύξηση της απασχόλησης.

1.2.10 Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την παραγωγικότητα;

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγικότητα είναι πολλοί και παρουσιάζουν μεταξύ τους περίπλοκες σχέσεις αλληλεπίδρασης. Οι παράγοντες αυτοί διαχωρίζονται σε Μάκρο-παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται η επιχείρηση και την ποιότητα των διαθέσιμων πόρων και διαμορφώνονται από πολιτικές σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και Μικρο-παράγοντες που αφορούν τον τρόπο οργάνωσης και διεύθυνσης των επιχειρήσεων και διαμορφώνονται από αποφάσεις στο επίπεδο της επιχείρησης, κατά πρώτο λόγο από αποφάσεις της διεύθυνσης, και κατά δεύτερο λόγο από τη στάση των εργαζομένων.

Μάκρο-παράγοντες

- Ανταγωνισμός
- Αποτελεσματική λειτουργία των αγορών
- Η δομή της οικονομίας
- Η οικονομική σταθερότητα
- Βασικές υποδομές (συγκοινωνίες, τηλεπικοινωνίες, ενέργεια, νερό)
- Αποδοτικότητα Δημόσιας Υπηρεσίας
- Νομικό και κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας των επιχειρήσεων
- Αγορά εργασίας και σύστημα εργασιακών σχέσεων (απασχόληση, ανεργία και υπηρεσίες απασχόλησης)
- Χρηματοδοτικό σύστημα
- Συστήματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Συστήματα ασφάλειας και υγείας
- Δομές στήριξης της καινοτομίας και επιχειρηματικότητας

Μίκρο παράγοντες

- Ανθρώπινο κεφάλαιο (συστήματα πρόσληψης, ανέλιξης, κινήτρων, αμοιβών, τρόπος ηγεσίας, διαχείριση γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού)

- Στρατηγικός σχεδιασμός
- Τεχνολογία και ιδιαίτερα Τεχνολογία Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ)
- Προγραμματισμός, οργάνωση και έλεγχος της εργασίας
- Διευθυντικές πρακτικές
- Έρευνα και καινοτομία
- Ασφάλεια και υγεία
- Οργανωσιακή μάθηση

Κατανοούμε ότι για να έχουμε ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα βελτίωσης της παραγωγικότητας, επικεντρωμένο στις ιδιαίτερες αδυναμίες μιας μονάδας υγείας, είναι σημαντικό να μετράτε η παραγωγικότητα και η απόδοση της μονάδας σε διάφορους τομείς και να την συγκρίνουμε με άλλες μονάδες υγείας προκειμένου να ακολουθούνται οι διαδικασίες για την καλύτερη λειτουργία και απόδοση της μονάδας υγείας. Η διαχρονική μέτρηση και παρακολούθηση της παραγωγικότητας, όχι μόνο για το σύνολο των μονάδων υγείας, αλλά και για επί μέρους τμήματα, λειτουργίες και διαδικασίες είναι πολύ σημαντική για οποιαδήποτε ουσιαστική προσπάθεια βελτίωσης.

1.3 Έννοια της Αποτελεσματικότητας

Με τον όρο αποτελεσματικότητα μιας παραγωγικής μονάδας εννοούμε την σύγκριση μεταξύ των πραγματοποιηθέντων και των βέλτιστων ποσοτήτων των εισροών / ή εκροών της παραγωγικής διαδικασίας. Η σύγκριση αυτή μπορεί να πάρει την μορφή του λόγου των πραγματοποιηθέντων προς την μέγιστη ποσότητα των εκροών η οποία παράγεται από μια δεδομένη ποσότητα εισροών ή του λόγου της ελάχιστης προς την πραγματική ποσότητα εισροών που απαιτείται για την παραγωγή μιας δεδομένης ποσότητας εκροών ή κάποιο συνδυασμό των δύο.

Η έννοια της αποτελεσματικότητας είναι ευρύτατα χρησιμοποιούμενη στα οικονομικά και αναφέρεται στην άριστη χρήση των πόρων σε μια παραγωγική

διαδικασία. Με άλλα λόγια, μια παραγωγική διαδικασία (ή μια παραγωγική μονάδα) είναι αποτελεσματική όταν είναι έτσι οργανωμένη ώστε δεδομένων των στόχων που έχουν τεθεί δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική διαδικασία που να αποφέρει μεγαλύτερο όφελος, όταν όλα τα κόστη έχουν ληφθεί υπόψη (Shubik, 1978). Κατά τον Farrell (1957), η αποτελεσματικότητα αποτελείται από δύο συστατικά στοιχεία: την τεχνική αποτελεσματικότητα και την κατανομητική αποτελεσματικότητα. Τα δύο αυτά στοιχεία μαζί συναποτελούν την ολική αποτελεσματικότητα. Περαιτέρω, εάν ληφθεί υπόψη η κλίμακα μεγέθους μιας παραγωγικής διαδικασίας και η μορφή των αποδόσεων (σταθερές ή μεταβλητές) που η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία έχει, τότε οδηγούμαστε στην έννοια της αποτελεσματικότητας κλίμακας, που αναφέρεται στην επιλογή της βέλτιστης κλίμακας παραγωγής. Οι παραπάνω έννοιες συνδέονται μεταξύ τους και μάλιστα, υπάρχει πολλές φορές σύγχυση στη χρήση τους (Rutkauskas and Paulavičienė, 2005; Shubik, 1978). Ωστόσο, χρησιμοποιούνται ευρύτατα για την αξιολόγηση των οικονομικών μονάδων γενικά, αλλά και των μονάδων υγείας ειδικότερα. Στην εργασία αυτή θα αναλυθούν οι παραπάνω έννοιες και θα διαφανεί η μεταξύ τους σχέση διαγραμματικά, καθώς επίσης και πώς μετρώνται εμπειρικά, με έμφαση στην εμπειρική έρευνα της αξιολόγησης μονάδων και υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

1.3.1 Είδη αποτελεσματικότητας

- **Τεχνική αποτελεσματικότητα** : Σε γενικές γραμμές, ως τεχνική αποτελεσματικότητα νοείται η δυνατότητα μιας οικονομικής μονάδας να παράγει το μέγιστο δυνατό προϊόν από ένα δεδομένο καλάθι εισροών και με δεδομένη τεχνολογία. Εναλλακτικά, η τεχνική αποτελεσματικότητα ορίζεται ως η δυνατότητα μιας οικονομικής μονάδας να παράγει μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος με την ελάχιστη δυνατή ποσότητα εισροών. Επομένως, στον ορισμό της τεχνικής αποτελεσματικότητας υπάρχει έμφυτο το στοιχείο της σύγκρισης.

Προκειμένου να αποφανθούμε εάν μια παραγωγική διαδικασία εμφανίζει τεχνικά αποτελεσματική, συγκρίνονται οι πραγματοποιηθείσες με τις βέλτιστες εισροές και εκροές

- **Κατανεμητική αποτελεσματικότητα** : η κατανεμητική αποτελεσματικότητα ή αποτελεσματικότητα τιμών κατά τον Farrell (1957), αναφέρεται στην ικανότητα μιας οικονομικής μονάδας να χρησιμοποιεί τις άριστες ποσότητες και αναλογίες των εισροών με δεδομένο το κόστος τους. Με άλλα λόγια, κατανεμητική αποτελεσματικότητα έχουμε όταν με δεδομένες τιμές των εισροών μια οικονομική μονάδα παράγει εκροές που μεγιστοποιούν το έσοδο ή όταν το μίγμα των εισροών ελαχιστοποιεί το κόστος.

Γενικότερα, η μέτρηση της αποτελεσματικότητας, ως συστατικό στοιχείο της οικονομικής αξιολόγησης, έχει ολοένα και ευρύτερη εφαρμογή στο χώρο της υγείας διεθνώς, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών υγείας, που επιφέρουν δημοσιονομικές δυσκολίες στα κράτη και δημιουργούν σε όλους τους εμπλεκόμενους αλλά και στην κοινωνία γενικότερα την απαίτηση να γνωρίζουν εάν οι διατιθέμενοι πόροι διασφαλίζουν την επίτευξη του άριστου αποτελέσματος. Η ανάλυση της αποτελεσματικότητας είναι μια αναγκαιότητα και για την Ελλάδα, όπου υπάρχουν μεγάλα κενά και σημαντικό κόστος αναποτελεσματικότητας, όπως διαπιστώνεται από τις σχετικές μελέτες μεμονωμένων ερευνητών σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Οι δημόσιες αρχές της υγείας σε κεντρικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο διοίκησης μονάδων υγείας, θα πρέπει να εντάξουν τις σχετικές μετρήσεις στο πλαίσιο της λειτουργίας τους σε τακτή βάση, καθώς επίσης και να υιοθετήσουν πρακτικές οικονομικής αξιολόγησης για τα προγράμματα υγείας και τις διάφορες εναλλακτικές θεραπείες. Έτσι, θα δοθούν πολύτιμα εργαλεία αφενός στη διοίκηση των μονάδων υγείας για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων, και αφετέρου στις κεντρικές υπηρεσίες του κράτους ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικότερα τον εποπτικό τους ρόλο, με τελικό στόχο την αποτελεσματικότερη λειτουργία του

συστήματος υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες.

1.4 Θεωρία της Οριακής Παραγωγικότητας

Ο όρος «οριακή παραγωγικότητα» αναφέρεται στην επιπλέον «είσοδο» που αποκτήθηκε με την προσθήκη μιας μονάδας εργασίας. Όλες οι άλλες «είσοδοι» διατηρούνται σταθερές. Έτσι, η τεχνολογία και η αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου παραμένει η ίδια.

Ειδική έρευνα των συντελεστών της παραγωγής (φύση, κεφάλαιο, εργασία) που δείχνει το μέτρο, κατά το οποίο καθένας από αυτούς συμβάλλει στον σχηματισμό του προϊόντος της επιχείρησης. Η έννοια της παραγωγικότητας είναι ουσιαστικά οικονομική και δεν πρέπει να συγχέεται, παρά τη φαινομενική συνάφεια, με την τεχνική έννοια της αποδοτικότητας. Πραγματικά, η παραγωγικότητα μετρά την ικανότητα ενός συντελεστή να ενσωματωθεί λειτουργικά σε έναν δεδομένο παραγωγικό συνδυασμό και εξαρτάται από τα ειδικά χαρακτηριστικά του συνδυασμού το να ανταποκριθεί ποιοτικά και ποσοτικά στον σκοπό για τον οποίο προορίζεται. Συνέπεια αυτού είναι ότι η παραγωγικότητα δεν υπολογίζεται αφηρημένα, αλλά ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ασχολούνται οι συντελεστές στους οποίους αναφέρεται. Στην οικονομία διακρίνουμε τη **συνολική παραγωγικότητα** και την **οριακή παραγωγικότητα**.

Η συνολική παραγωγικότητα μιας επιχείρησης ή ενός οικονομικού συστήματος υπολογίζεται με βάση τη σχέση μεταξύ της αξίας του πραγματοποιούμενου προϊόντος και του κόστους των μέσων που διατίθενται για την πραγματοποίησή του (output-input ratio, κατά την αγγλοσαξονική ορολογία). Σύμφωνα με την έννοια αυτή, η παραγωγικότητα εξαρτάται από την ορθολογική οργάνωση της παραγωγής, από τις αποδόσεις των συντελεστών της παραγωγής, από τις συνθήκες του περιβάλλοντος, μέσα στις οποίες λειτουργεί η επιχείρηση, και από διάφορες άλλες συνθήκες.

Η οριακή παραγωγικότητα προκύπτει, αντίθετα, για τον κάθε χρησιμοποιούμενο συντελεστή, ανάλογα με τη σχέση μεταξύ της αύξησης της παραγωγής και της ποσότητας του συντελεστή που προστέθηκε τελευταία. Η οριακή παραγωγικότητα ενός συντελεστή εξαρτάται κατά πρώτο λόγο από την ποσότητα του συντελεστή αυτού που χρησιμοποιείται στην επιχείρηση και από την ποσότητα των άλλων συντελεστών με τους οποίους συνδυάζεται. Αυτό σημαίνει ότι η οριακή παραγωγικότητα της εργασίας είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την ποσότητα των άλλων συντελεστών που χρησιμοποιούνται. Αυτό συμβαίνει, γιατί η οριακή παραγωγικότητα υπόκειται σε έναν θεμελιώδη νόμο της οικονομίας, τον νόμο της φθίνουσας απόδοσης, σύμφωνα με τον οποίο οι διαδοχικές μονάδες ενός συντελεστή που ρίχνονται σε μια ορισμένη επιχείρηση, αν δεν μεταβάλλονται ταυτόχρονα και οι μονάδες των άλλων, σημειώνουν, έπειτα από ένα ορισμένο όριο, μια διαρκώς χαμηλότερη παραγωγικότητα. Ο υπολογισμός της οριακής παραγωγικότητας αν και στην πράξη είναι δύσκολο να γίνει, αποτελεί το κεντρικό σημείο της θεωρίας για τη διοίκηση της επιχείρησης, γιατί με τη βοήθεια αυτής καθορίζεται το άριστο (όπτιμουμ) μέγεθός της. Πραγματικά, ένα νοσοκομείο προσλαμβάνει νέο προσωπικό ή προσθέτει νέα κεφάλαια μέχρι το σημείο, όπου το κόστος των συντελεστών αυτών είναι κατώτερο από την αύξηση της παραγωγικότητας που πετυχαίνεται.

1.5 Ο τρόπος υπολογισμού της Οικονομικής Αποδοτικότητας

Η αποδοτικότητα μιας παραγωγικής μονάδας (π.χ. νοσοκομείου) ορίζεται συγκρίνοντας και αναλύοντας τις εισροές (παραγωγικούς πόρους) που χρησιμοποιεί και τις εκροές (προϊόντα & υπηρεσίες) που παράγει σε σχέση με εκείνες που αντιστοιχούν στην βέλτιστη απόδοση που αποτελεί το παραγωγικό όριο (frontier) που είναι ιδανικό και πέρα από αυτό είναι ανέφικτο να παράγει μια μονάδα. Αυτό το όριο μπορεί να τεθεί θεωρητικά σε ορισμένες περιπτώσεις

αλλά στην εμπειρική μελέτη κυρίως το σχηματίζουν και το αποτελούν οι καλύτεροι και βέλτιστοι παραγωγοί ανάμεσα σε μια ομάδα υπό αξιολόγηση. Αυτοί οι ιδανικοί παραγωγοί είναι αυτοί που καταφέρνουν να χρησιμοποιήσουν την ελάχιστη ποσότητα εισροών για την παραγωγή συγκεκριμένων εκροών ή αντιστρόφως, παράγουν τη μέγιστη ποσότητα εκροών με δεδομένη ποσότητα εισροών. Υπό αυτή την έννοια, η αποδοτικότητα καθορίζεται από τη σύγκριση που πραγματοποιείται σε σχέση με τη βέλτιστη απόδοση παραγωγής. Οι βάσεις για την μέτρηση της αποδοτικότητας τέθηκαν με την εργασία του Koopmans (1951) και του Debreu (1951). Ο Koopmans ήταν ο πρώτος που καθόρισε την «τεχνική αποδοτικότητα». Ο Debreu δημιούργησε την πρώτη μέτρηση της τεχνικής αποδοτικότητας, η οποία ονομάστηκε «συντελεστής χρησιμοποίησης των πόρων». Σταθμό επίσης αποτέλεσε η εργασία του Farrell (1957), ωστόσο, η μέτρηση της προσέκλυσε μεγάλη προσοχή και γνώρισε τεράστια ανάπτυξη πολύ αργότερα στη δεκαετία του 70 και του 80, μετά τα έργα του Charnes, Cooper και Rhodes (1978), Aigner, Lovell και Schmidt, (1977), Grosskopf και Lovell (1985, 1994) - για να αναφέρουμε μερικούς από εκείνους που ανέπτυξαν μεθόδους για την εμπειρική μέτρηση της.

Η αποδοτικότητα παραγωγής μετριέται με πέντε βασικούς δείκτες:

- Αμιγώς τεχνική - pure technical efficiency
- Κλίμακας - scale efficiency
- Τεχνική- technical efficiency
- Κατανομητική - allocative (or price) efficiency
- Ολική - overall (or cost) efficiency.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας μπορεί να γίνει είτε με οικονομετρικές μεθόδους ή συνηθεστέρα με μεθόδους επιχειρησιακής έρευνας /μαθηματικού προγραμματισμού, γνωστές ως Data Envelopment Analysis (DEA). Το κύριο χαρακτηριστικό των μαθηματικών μεθόδων προγραμματισμού είναι ότι δεν απαιτούν υποθέσεις σχετικά με την μορφή της

τεχνολογίας παραγωγής, την κατανομή της αποδοτικότητας και των σφαλμάτων, ώστε να πληρούνται οι απαραίτητες υποθέσεις και συνθήκες για να είναι αξιόπιστες οι εκτιμήσεις.

Ωστόσο, τα μαθηματικά μοντέλα προγραμματισμού λειτουργούν ντετερμινιστικά, χωρίς τον πιθανό θεωρητικό χαρακτήρα της παλινδρόμησης, εκτιμώντας την αποδοτικότητα ενός παραγωγού αποκλειστικά με βάση την συνολική απόσταση του από το βέλτιστο σύνορο, και έτσι αντίθετα με τις οικονομετρικές μεθόδους δεν αντανακλούν τυχαία γεγονότα και ατέλειες στα στοιχεία. Η μαθηματική είναι στα πλαίσια αυτά πλεονεκτικότερη μέθοδος αλλά απαιτεί ποιοτικά και ακριβή στοιχεία, παρότι υπάρχουν μεθοδολογία να αντιμετωπιστούν τυχόν αδυναμίες.

Η DEA αποτελεί ένα πολύ ισχυρό εργαλείο όταν χρησιμοποιείται ορθά. Μερικοί από τους λόγους για τους οποίους η μέθοδος αυτή είναι τόσο χρήσιμη στο χώρο της διοίκησης είναι οι ακόλουθοι :

- Η DEA μπορεί να συμπεριλάβει εύκολα πολλαπλό μείγμα εισροών και εκροών κατά την αξιολόγηση της απόδοσης μιας μονάδας.
- Δεν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη μορφή συσχέτισης μεταξύ του μείγματος εισροών - εκροών.
- Οι μονάδες συγκρίνονται απευθείας με ένα σύνολο ανταγωνιστικών ομοειδών μονάδων που εντοπίζονται από την ίδια την μέθοδο.
- Οι εισροές και οι εκροές δύναται να μετρούνται με διαφορετικές μονάδες. Για παράδειγμα, μια λειτουργική μονάδα μπορεί να μετριέται σε αριθμό τεμαχίων ενός εξαγόμενου προϊόντος (πχ χειρουργικές επεμβάσεις), ενώ μια άλλη σε χρηματικές μονάδες (πχ σε €) χωρίς να απαιτείται καμία εκ των πρότερων συσχέτιση μεταξύ τους.

Παρότι τα χαρακτηριστικά της κάνουν την DEA ένα πολύ ισχυρό εργαλείο ανάλυσης χρειάζεται προσοχή στην εφαρμογή της μεθόδου. Καθώς η DEA είναι μια μέθοδος που υπολογίζει το βέλτιστο παραγωγικό σύνορο με

ντετερμινιστικό τρόπο (μέσω καθορισμένων εξισώσεων χωρίς στοχαστικό όρο), τα ενδεχόμενα σφάλματα μέτρησης και ο «θόρυβος» των δεδομένων μπορούν να υπεισέλθουν στη διαδικασία και να προκαλέσουν προβλήματα. Επίσης η DEA είναι καλή μέθοδος για την εκτίμηση της σχετικής αποδοτικότητας μιας μονάδας (DMU) και όχι της απόλυτης αποδοτικότητας. Με άλλα λόγια, μπορεί να δώσει αξιόπιστη εκτίμηση για το πόσο καλά τα καταφέρνει μια μονάδα σε σχέση με τους ανταγωνιστές της, αλλά δεν μπορεί να συγκρίνει την απόδοση της μονάδας αυτής όσον αφορά μια θεωρητικά μέγιστη απόδοση.

Στα πλαίσια αυτά είναι εξαιρετική μέθοδος για να γίνει συγκριτική αξιολόγηση νοσηλευτικών μονάδων μεταξύ τους αρκεί τα στοιχεία να είναι αξιόπιστα, απαλλαγμένα από ανακρίβειες και οι μονάδες να είναι ομοειδής.

Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών διάφορες μορφές και δείκτες DEA έχουν χρησιμοποιηθεί για την σχετική αξιολόγηση νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες αποσκοπούν στην μέτρηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας και προκειμένου να ερευνηθεί η σχέση μεταξύ των νοσοκομείων και του περιβάλλοντος τους. Ειδικότερα, αυτού του είδους οι αναλύσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για να διερευνηθούν σημαντικά ζητήματα όπως η σχέση ανάμεσα στην αποδοτικότητα και την δομή της αγοράς υγείας, την ιδιοκτησία των νοσοκομείων, το μέγεθος τους, την τεχνολογία τους, τις επιπτώσεις των διαφόρων μέτρων πολιτικής και άλλα.

Για να μπορεί να ληφθεί υπόψη η διαφορετική φύση και η ετερογένεια των νοσοκομείων, συνήθως η DEA εφαρμόζεται σε ομάδες παρόμοιων νοσοκομείων από άποψη μεγέθους και είδους ή σε παρόμοια τμήματα διαφορετικών νοσοκομείων, ανάλογα με το είδος τους (πανεπιστημιακά, γενικά, στρατιωτικά κτλ), το μέγεθος τους (άνω των τετρακοσίων κλινών κτλ), ή την περιοχή δραστηριοποίησης (πχ νοσοκομεία της Αθήνας, της περιφέρειας κτλ).

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες εισροές στη ανάλυση είναι ο αριθμός του προσωπικού κάθε κατηγορίας (γιατροί, νοσηλευτές κ.α.), το κόστος της

νοσηλείας (μισθοί , φάρμακα, αναλώσιμα κ.α.) και οι υποδομές που δεσμεύονται (π.χ. κρεβάτια). Οι παραπάνω μεταβλητές αντανακλούν τους συντελεστές ανθρωπίνου κεφαλαίου, υποδομών και αναλωσίμου κεφαλαίου. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες εκροές είναι ο αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και ο αριθμός των εισαγωγών. Αυτά τα στοιχεία, σε πολλές περιπτώσεις προσδιορίζονται αναλυτικότερα ανάλογα με το είδος της παροχής (εδνο-νοσοκομειακή εξωτερικά ιατρεία), τα χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, φυλή) και την κλινική ή το ιατρείο ή την ειδικότητα που αφορούσε η υπηρεσία.

1.6 Ο τρόπος υπολογισμού της Παραγωγικότητας

Η παραγωγικότητα μπορεί να μετρηθεί σε σχέση με ένα συντελεστή (π.χ. πρώτες ύλες ή με περισσότερους (εργασία, πρώτες ύλες, χρηματικοί πόροι). Επίσης μπορεί να μετρηθεί για το σύνολο ενός παραγωγικού κλάδου ή μιας χώρας. Στο πλαίσιο μιας χώρας, παραγωγικότητα της εργασίας είναι η σχέση μεταξύ του συνόλου των παραχθέντων προϊόντων ή υπηρεσιών σε μια δεδομένη χρονική περίοδο και του συνόλου των ανθρωποωρών εργασίας που δαπανήθηκαν για την παραγωγή τους. Σήμερα σε εθνικό, αλλά και παγκόσμιο επίπεδο αναφερόμαστε πολύ συχνά στην παραγωγικότητα και δε θα ήταν υπερβολή ο ισχυρισμός ότι όλα τα προβλήματα της οικονομίας οφείλονται στη χαμηλή παραγωγικότητα, ιδιαίτερα της εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι ο συντελεστής "εργασία" έχει περισσότερα περιθώρια αύξησης της απόδοσης του κάτω από την επίδραση των συνεχών τεχνολογικών αλλαγών.

Η αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας επιτυγχάνεται με την καλύτερη οργάνωση της, με τη βελτίωση του επιπέδου των εργαζομένων και βέβαια με τα κατάλληλα κίνητρα προς τους εργαζομένους. Ισχυρά κίνητρα είναι η καλύτερη αμοιβή, το κλίμα σιγουριάς για την εργασία του, οι καλές συνθήκες εργασίας και ό,τι άλλο ενισχύει την ύπαρξη αξιοκρατικών και συμμετοχικών

διαδικασιών, στη βάση της φιλοσοφίας ότι η παραγωγή είναι συλλογική διαδικασία.

Η επιχείρηση όμως υπάρχει, για να ικανοποιεί τα συμφέροντα όλων των ομάδων που συνδέονται μ' αυτή. Συνεπώς, τα κριτήρια μέτρησης της αποτελεσματικότητας αντιστοιχούν στην ικανοποίηση κάθε ομάδας. Για τους μετόχους κριτήριο συνήθως είναι η οικονομική αποδοτικότητα των κεφαλαίων, για τους εργαζομένους το επίπεδο εισοδήματος, η ικανοποίηση κοινωνικών-ψυχολογικών αναγκών, οι συνθήκες εργασίας, κτλ., για τους πελάτες η ποιότητα, οι τιμές και η εξυπηρέτηση, για το κράτος η φορολογική συνέπεια και ο σεβασμός των νόμων κτλ., για την κοινότητα η δημιουργία θέσεων απασχόλησης, η προστασία του περιβάλλοντος κτλ.

Συγκεκριμένα για τα νοσοκομεία, η παραγωγικότητα ορίζεται ως η αύξηση του συνολικού προϊόντος και κατά συνέπεια δεν μπορεί να εξηγηθεί από την αντίστοιχη αύξηση των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών των συντελεστών παραγωγής και των ενδιάμεσων εισροών. Είναι δηλ. η αύξηση της παραγωγής που επιτυγχάνεται πέρα και πάνω από την αντίστοιχη αύξηση των χρησιμοποιούμενων ποσοτήτων των εισροών και των συντελεστών παραγωγής. Οι παραγωγικοί συντελεστές και οι ενδιάμεσες εισροές συνδυάζονται μεταξύ τους σε συγκεκριμένες αναλογίες, που καθορίζονται μέσω της συνάρτησης παραγωγής, για την παραγωγή ενός ή περισσότερων τελικών προϊόντων. Ο ρυθμός μεταβολής της παραγωγικότητας υπολογίζεται από την διαφορά ανάμεσα στους ρυθμούς αύξησης των εκροών και των εισροών και μπορεί να είναι θετικός ή αρνητικός, ανάλογα με το εάν η συνολική αύξηση των εισροών είναι μεγαλύτερη από των εκροών.

Η παραγωγικότητα μπορεί να προσεγγιστεί τόσο από την πλευρά των εκροών όσο και από την πλευρά των εισροών. Από την πλευρά των εκροών, ο ρυθμός μεταβολής της παραγωγικότητας δίνεται από την μεταβολή στη μέγιστη ποσότητα των εκροών που μπορεί να παραχθεί από μια δεδομένη ποσότητα των

εισροών, ενώ από την πλευρά των εισροών, η μεταβολή της παραγωγικότητας συνδέεται με την μεταβολή της ελάχιστης ποσότητας των εισροών που απαιτούνται από την παραγωγή μιας δεδομένης ποσότητας εκροών.

Η παραγωγική μονάδα, νοσοκομείο, χρησιμοποιεί διάφορες εισροές και παράγει το τελικό προϊόν που είναι οι εκροές. Η ανάλυση της αποτελεσματικότητας άπτεται στην μέτρηση της ικανότητας με την οποία οι διαθέσιμες εισροές της παραγωγικής μονάδας μετατρέπονται στο τελικό προϊόν. Η παραγωγικότητα μετρά την διαχρονική εξέλιξη του λόγου των εκροών/εισροών.

Ο υπολογισμός της παραγωγικότητας ενός νοσοκομείου είναι ένα σύνθετο εγχείρημα ιδιαίτερα όταν υπάρχουν εννοιολογικές προκλήσεις, πολλαπλά αντικείμενα και μεγάλη πιθανότητα για σφάλμα μέτρησης.

Για να αντιμετωπιστεί η σύνθετη ανάλυση της παραγωγικότητας, οικονομολόγοι, στατιστικοί, οικονομομετρητές και αναλυτές, ανέπτυξαν εργαλεία για την ανάλυση και την μέτρηση της παραγωγικής ικανότητας των νοσοκομείων.

1.7. Η σχέση αποδοτικότητας και Παραγωγικότητας

Οι έννοιες της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας συνδέονται άμεσα με την επιβίωση και την επιτυχία των επιχειρήσεων (ή οργανισμών). Συνδέονται επίσης, άμεσα με τη βασική οικονομική αρχή, πράγμα που σημαίνει ότι οι άνθρωποι και οι οργανώσεις επιδιώκουν την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος με τις μικρότερες δυνατές θυσίες (κόστος).

Οι στόχοι μιας μονάδας αποτελούν τους λόγους για τη δημιουργία της, η επίτευξη όμως αυτών αποτελεί παράλληλα τον όρο για την επιβίωσή της.

Συνεπώς, τίθεται το ζήτημα της μέτρησης του βαθμού της επίτευξης αυτών των στόχων. Σχετικά με αυτό το ζήτημα έχουν αναπτυχθεί δυο έννοιες: α) η έννοια της αποτελεσματικότητας και β) η έννοια της αποδοτικότητας.

Η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός στον οποίο η επιχείρηση πετυχαίνει τους στόχους της. Η αποδοτικότητα αφορά κυρίως την εσωτερική λειτουργία της επιχείρησης και εκφράζει τις θυσίες (κόστη) που γίνονται για την επίτευξη ενός αποτελέσματος.

Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η αποδοτικότητα μετράται με δείκτες οι οποίοι έχουν ως αριθμητή το πραγματοποιηθέν αποτέλεσμα (εκροή) και ως παρανομαστή τα κόστη ή τις θυσίες που έγιναν για την πραγματοποίηση του αποτελέσματος (εισροές). Τέτοιοι δείκτες είναι ο δείκτης της παραγωγικότητας της εργασίας. Ασφαλώς η αποδοτικότητα οδηγεί συνήθως στην αποτελεσματικότητα, αυτό όμως δε συμβαίνει οπωσδήποτε.

Η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα είναι οι τρόποι μέτρησης της αποδοτικότητας, βάσει των οποίων αξιολογούνται οι παραγωγικές μονάδες. Μόνο μετρώντας την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα και διαχωρίζοντας το αποτέλεσμά τους από αυτό του περιβάλλοντος της παραγωγής μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα που αφορούν την αποδοτική λειτουργία των παραγωγικών μονάδων. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα είναι σημαντικός στο σχεδιασμό μέτρων πολιτικής που αφορούν τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Η φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι το σύστημα που εφαρμόζει την υγειονομική πολιτική της Ελλάδας, όπως αυτή χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του είναι η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και η βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με γνώμονα πάντα το συμφέρον του πολίτη. Αυτά, σύμφωνα με τη διακήρυξη της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας από το ίδιο το Υπουργείο Υγείας. Στην εφαρμογή των παροχών και υπηρεσιών του, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, έχει ως σκοπό το διαχωρισμό των Ελλήνων με οικονομικοκοινωνικά κριτήρια, τη διαίωνιση του αντιεπαγγελματισμού του Έλληνα ιατρού, την τροφοδότηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης με θέματα της επικαιρότητας, την αποκατάσταση της υγείας (στενών) φίλων των λειτουργών του συστήματος και ικανών υπερχρηματοδότησης και τέλος τη διασκέδαση και ψυχαγωγία των επισκεπτών μέσω πρωτότυπων παιχνιδιών.

Το ΕΣΥ, δέχεται τον ορισμό της έννοιας της υγείας όπως αυτός έχει καθοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ ή WHO - *World Health Organization*) που αναφέρει τα εξής: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Δηλαδή "*η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή εξασθένησης*".

Για αυτόν ακριβώς το λόγο, ο ασθενής που επισκέπτεται ένα νοσοκομείο, το οποίο αποτελεί την ενανθρώπιση όλων των πολιτικών του Υπουργείου Υγείας, πρέπει να παλεύει για να αποδείξει ότι είναι άρρωστος. Η απλή αναφορά δε μετράει και όσοι δεν είναι σε θέση να παίξουν με τους κανόνες εκδιώχνονται

από τους χώρους του νοσοκομείου. Αυτό γίνεται με σκοπό την υλοποίηση των υποσχέσεων του Υπουργείου για:

- § Διατήρηση της Ελληνικής Ποιότητας, Παιδείας και Μόρφωσης στον τομέα της Υγείας.
- § Σύμπνοια της Ελληνικής Φιλοσοφίας με τους νεωτερισμούς που εισάγονται από Δυτικές ανεπτυγμένες χώρες.
- § Ταχύτητα στην εξυπηρέτηση και αποκατάσταση της υγείας με τη μεγιστοποίηση της ανάπαυσης και κατά συνέπεια μεγιστοποίηση της απόδοσης των ιατρών και λοιπών λειτουργών στο έργο τους.
- § Αποσυμφόρηση του συνωστισμού στα κτίρια των εγκαταστάσεων υπηρεσιών υγείας.
- § Ψυχαγωγία των επισκεπτών και ασθενών στους χώρους όπου θα γίνει η περίθαλψη.

2.1.1. Τα επίπεδα περίθαλψης του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών και οι οποίες διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και οι οποίες παρέχονται είτε στα ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), είτε αφορούν στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) καθώς επίσης και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής στα πλαίσια εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει

νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη, επίσης, προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία και την υποστήριξη των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλ. υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα.

Πρωτοβάθμια Περίθαλψη	Δευτεροβάθμια Περίθαλψη	Τριτοβάθμια Περίθαλψη
<ul style="list-style-type: none"> • Διαγνωστική – θεραπευτική (εξωτερικά ιατρεία) • Επείγουσα ιατρική • Προληπτική ιατρική • Κοινωνική ιατρική 	<ul style="list-style-type: none"> • Νοσηλεία • Εργαστηριακό έλεγχος • Γενικές επεμβάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξειδικευμένη νοσηλεία • Υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις • Υψηλά εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης • Υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό • Υψηλό κόστος δημιουργίας λειτουργίας και συντήρησης • Απαιτεί την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων • Καλύπτει μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες

Διάγραμμα : Επίπεδα περίθαλψης του συστήματος υγείας

2.2 Η Δομή του Ε.Σ.Υ.

Κεφαλή του Ε.Σ.Υ είναι το **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** με υπουργούς έως τώρα πρώην και νυν δημάρχους Αθηναίων, εκ των οποίων διετέλεσε ιατρός. Κάτω από τον υπουργό οργανωτικά, βρίσκεται η **Γενική Διεύθυνση Υγείας** που σκοπός της είναι να οργανώνει και να διοικεί τους πάντες που συμμετέχουν ενεργά στην υγεία του Έλληνα πολίτη. Η Περιλαμβάνει τμήματα Οργάνωσης, Διοίκησης και Λειτουργίας Νοσοκομείων, Ιατρών, Επιστημονικού Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, Ειδικευόμενων Ιατρών, Παροχής Άμεσης Βοήθειας και άλλα.

Κάτω από τη Γενική Διεύθυνση Υγείας οργανωτικά, βρίσκεται η **Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών** και σκοπός της είναι οι μεγάλες μίζες, η πάταξη της ανεργίας των συγγενών μελών τοπικών αυτοδιοικήσεων και των λειτουργών υγείας καθώς και οι Διεθνείς Σχέσεις.

Στην τέταρτη βαθμίδα βρίσκεται η **Γενική Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης** που είναι επιφορτισμένη κυρίως με το βαρύ έργο της παροχής υπηρεσιών ποιότητας ζωής σε συνανθρώπους μας που έχουν κάποια αναπηρία και η συντήρηση του ύψιστου θεσμού της οικογένειας. Υπάρχει λοιπόν η Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, η Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης και η Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας.

Στην πέμπτη θέση, η **Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας**, ασχολείται με τη Δημόσια Υγιεινή για την οποία η Ελλάδα είναι ξακουστή, με τμήματα Φαρμάκων και τα Φαρμακείων, Στοματικής Υγείας (του οποίου οι υπεράνθρωπες προσπάθειες καρποφόρησαν τα τελευταία έτη και έτσι οι Έλληνες θεωρούνται 2^{οι} στη στοματική υγιεινή παγκοσμίως μετά τους Άγγλους) και με τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών ώστε ο Έλληνας να μην πίνει, να μην καπνίζει και να μη λαμβάνει ναρκωτικά.

Ακολουθούν στον οργανωτικό τομέα του ΕΣΥ η *Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας*, Υπηρεσίες Υπαγόμενες απευθείας στον Υπουργό και στους Γενικούς Γραμματείς, το *Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας* ("ανεξάρτητη αρχή", είναι το σύντομο ανέκδοτο που το περιγράφει) και ακόμη μια υπηρεσία με σκοπό την πάταξη της ανεργίας.

Η δομή και η οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης

Οι νοσοκομειακές μονάδες αποτελούν τον κορμό του Ε.Σ.Υ. τόσο από πλευράς απασχολούμενου προσωπικού όσο και από πλευράς συμμετοχής τους στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Είναι οργανισμοί μεγάλου μεγέθους με πολυάριθμο προσωπικό και ιδιαίτερα υψηλούς προϋπολογισμούς.

Για τον πολίτη, τα νοσοκομεία κατατάσσονται στην κορυφή του συστήματος υγείας και αποτελούν τον κύριο φορέα προστασίας.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διαρθρώνονται διοικητικά και λειτουργικά σε τέσσερις υπηρεσίες : την ιατρική, την νοσηλευτικής, τη διοικητική και την τεχνική.

Η ιατρική υπηρεσία διακρίνεται από τους εξής τομείς : παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό, ψυχιατρικό, κοινωνικής ιατρικής, εξωτερικών ασθενών και φαρμακευτικό. Επίσης, λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στα οποία εξετάζονται ασθενείς ύστερα από προγραμματισμένα ραντεβού και εξωτερικά ιατρεία εφημερίας για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται είναι η παροχή ιατρικής περίθαλψης, η εκπαίδευση ειδικευόμενων ιατρών καθώς και φοιτητών ιατρικών σχολών και η έρευνα που μπορεί να είναι βασική ή εφαρμοσμένη.

Στην νοσηλευτική υπηρεσία διακρίνουμε τους νοσηλευτικούς τομείς, καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από νοσηλευτικά τμήματα και αυτοτελείς Μονάδες όπως η Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού κ.λ.π. που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης. Οι

δραστηριότητες που αναπτύσσονται αφορούν στη διοίκηση των νοσηλευτικών τομέων, τμημάτων και μονάδων και στη συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Επίσης υλοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους φοιτητές.

Η διοικητική υπηρεσία διακρίνεται στις υποδιευθύνσεις Διοικητικού και Οικονομικού. Κύριες δραστηριότητές τους είναι ο συντονισμός της λειτουργίας και η υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών, η διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου, η φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη και η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διοίκησης - διαχείρισης.

Η τεχνική υπηρεσία αποτελεί αυτοτελή υπηρεσία, ισότιμη με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Δραστηριοποιείται στον προγραμματισμό και στην εισήγηση της εκτέλεσης έργων, ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και βελτίωσης των κτιριακών, μηχανολογικών και τεχνολογικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου.

2.3 Το Ελληνικό Νοσοκομείο

Το Ελληνικό Νοσοκομείο είναι το μέγαρο κάθε τοπικής κοινωνίας που έχει ως έργο του την αποκατάσταση της υγείας. Εκεί εργάζονται Ιατροί (Ειδικευόμενοι και Ειδικευμένοι), Νοσηλευτές, Επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων και Υπάλληλοι που συντελούν στην ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Γενικότερα το νοσοκομείο είναι ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, στο οποίο παρέχεται θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό με ειδικό εξοπλισμό, και συχνά, αλλά όχι πάντα, παρέχει τη δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών.

Σήμερα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται συνήθως από το κράτος, τις οργανώσεις υγείας (με κερδοσκοπικό ή μη σκοπό), τους οργανισμούς παροχής

ασφαλειών υγείας ή τις φιλανθρωπικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων φιλανθρωπικών δωρεών. Παλαιότερα ήταν σύνηθες η ίδρυση και χρηματοδότηση νοσοκομείων να γίνεται από θρησκευτικά τάγματα ή δόγματα, μεμονωμένους φιλάνθρωπους ή και ηγέτες.

Τα νοσοκομεία μπορεί να αποτελούνται από ένα μόνο κτήριο ή να αποτελούν μέρος κάποιου συγκροτήματος. Κάποια νοσοκομεία συνεργάζονται με πανεπιστήμια για την διεξαγωγή ιατρικών ερευνών και την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού.

2.3.1. Τύποι νοσοκομείων

Οι ασθενείς προσέρχονται σε ένα νοσοκομείο είτε μόνο για διάγνωση είτε για διάγνωση και θεραπεία και στη συνέχεια αποχωρούν (εξωτερικοί), είτε εισάγονται και παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα, από μία μέρα έως αρκετές εβδομάδες ή και μήνες (εσωτερικοί). Τα νοσοκομεία συνήθως διακρίνονται από άλλες μορφές ιατρικών εγκαταστάσεων από τη δυνατότητά τους να εισάγουν και να περιθάλπουν εσωτερικούς ασθενείς.

Υπάρχουν οι εξής τύποι νοσοκομείων :

- Γενικά
- Εξειδικευμένα
- Πανεπιστημιακά

Γενικά Νοσοκομεία

Τα γενικά νοσοκομεία αποτελούν τον πλέον διαδεδομένο τύπο νοσοκομείων, καθώς είναι σχεδιασμένα να αντιμετωπίζουν διαφορετικών ειδών ασθένειες και τραύματα, ενώ διαθέτουν τουλάχιστον μία μονάδα επειγόντων περιστατικών για την αντιμετώπιση άμεσων απειλών της υγείας, αλλά και την δυνατότητα αποστολής μέσω άμεσης βοήθειας. Το γενικό νοσοκομείο αποτελεί συνήθως το κύριο νοσηλευτικό ίδρυμα μίας περιοχής,

έχοντας μεγάλο αριθμό κλινών για εντατική ή μακροχρόνια θεραπεία και εξειδικευμένες εγκαταστάσεις χειρουργείων, ιατρείων, ακτινολογικών και μικροβιολογικών εργαστηρίων κλπ. Οι μεγάλες πόλεις συνήθως έχουν περισσότερα νοσοκομεία διαφορετικών μεγεθών και εγκαταστάσεων.

Εξειδικευμένα Νοσοκομεία

Τα εξειδικευμένα νοσοκομεία περιλαμβάνουν τα κέντρα αποκατάστασης τραυμάτων, τα νοσοκομεία παιδών, τις κλινικές αποτοξίνωσης, τα νοσοκομεία αντιμετώπισης συγκεκριμένων ασθενειών και προβλημάτων, όπως τα ψυχιατρεία για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών προβλημάτων, τα κέντρα λοιμωδών ασθενειών, τα νοσοκομειακά, παλαιότερα, τα σανατόρια.

Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία

Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι εκείνα που συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με τη διδασκαλία των φοιτητών της ιατρικής επιστήμης.

Τα νοσοκομεία διαθέτουν συνήθως τα ακόλουθα τμήματα ή μονάδες:

- Μονάδα εγκαυμάτων
- Αντικαρκινική μονάδα
- Μονάδα στεφανιαίων νόσων
- Καρδιολογικό τμήμα
- Ωτορινολαρυγγολογικό τμήμα
- Παιδιατρικό τμήμα
- Παθολογικό τμήμα
- Οφθαλμολογικό τμήμα
- Νευρολογικό τμήμα
- Χειρουργικό τμήμα
- Ορθοπαιδικό τμήμα
- Τμήμα επειγόντων περιστατικών

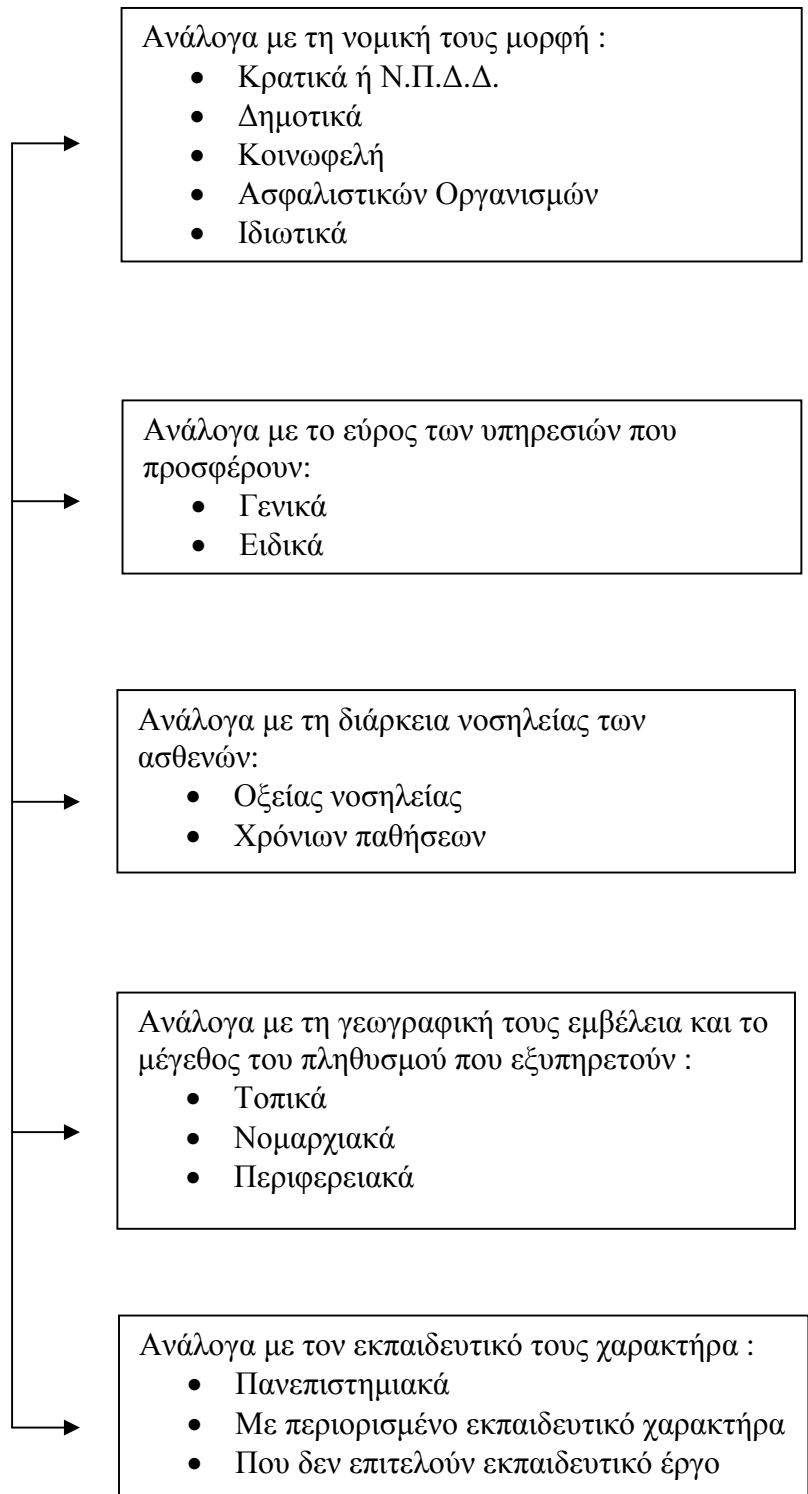
- Μονάδα εντατικής θεραπείας
- Μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών
- Κέντρο τραυμάτων
- Μονάδα τοκετού
- Εργαστήρια
- Μονάδα νοσηλείας
- Τμήμα εξωτερικών ιατρείων
- Φαρμακείο
- Τμήμα ψυχικής υγείας
- Ψυχιατρική πτέρυγα
- Κέντρο αποκατάστασης
- Κέντρο φυσικοθεραπείας
- Μονάδα μετα-αναισθητικής θεραπείας
- Ραδιολογικό – ακτινολογικό τμήμα
- Κέντρο αναπνευστικής υποβοήθησης
- Μονάδα αυξημένης θεραπείας

Παράλληλα διαθέτει και μη ιατρικά τμήματα:

- Τμήμα γραμματείας
- Τμήμα διοίκησης
- Τμήμα ιατρικών αρχείων
- Τμήμα πληροφοριών

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι διάφοροι τύποι των νοσοκομείων, οι οποίοι διακρίνονται ανάλογα με την νομική τους μορφή, το εύρος των υπηρεσιών, τη διάρκεια νοσηλείας των περιστατικών, τη γεωγραφική τους εμβέλεια και τον εκπαιδευτικό τους χαρακτήρα.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ



Διάγραμμα : τύποι νοσοκομείων

2.3.2. Το ελληνικό νοσοκομείο σήμερα

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο, ενταγμένο σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, υποχρεούται στην παροχή ενός διαφοροποιούμενου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος, η "στενότητα" πόρων και η συνεχώς αυξημένη ζήτηση και απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την υιοθέτηση ενός συστήματος διοίκησης-διαχείρισης, αφενός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των μεταβολών, αφετέρου για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων. Ανάμεσα στους ποικίλους τρόπους διοίκησης ενός οργανισμού, η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα, σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία, είναι ο κάθετος και ιεραρχικός, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους και το καθένα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες, που πολλές φορές δεν είναι πλήρως διατυπωμένες. Ιδιαίτερα στον τομέα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει απαίτηση αυξημένης παραγωγής και παροχής παραπέμποντας στην κλασική προσέγγιση της διοίκησης των αρχών του 20^{ου}. Οι υπεύθυνοι του όποιου σχεδιασμού ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι γιατροί θέλουν να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που απαιτεί η ζήτηση. Υιοθετούνται αρχές και μέθοδοι εργασίας, υπερισχύοντας η εμπειρική τακτική και όχι η τεκμηριωμένη γνώση. Απουσιάζει συνήθως η μέριμνα για ποιοτική εργασία (πχ εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων κτλ.), χωρίς προβληματισμό για την ποιότητα του "προϊόντος". Η ανάπτυξη του προσωπικού δεν υλοποιείται, καθώς η διαδικασία πρόσληψης έσω ΑΣΕΠ, εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα όχι όμως και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού. Οι διοικούντες, ως εσωτερικοί φορείς αλλαγών, γνωούν τη λειτουργία του συστήματος στο σύνολό του και επικεντρώνονται κυρίως στο διαχειριστικό – οικονομικό κομμάτι, αδιαφορώντας για το κλινικό έργο. Μοιραία αναπτύσσονται δυνάμεις αντίστασης (λογικές και συναισθηματικές)

στις αλλαγές που επιχειρούνται και οι εργαζόμενοι απομονώνονται. Οπότε η διοίκηση, σύμφωνα με τη συστηματική προσέγγιση, καθίσταται αναποτελεσματική, εφόσον, ως φορέας αλλαγών αδυνατεί να δει ολόκληρο το σύστημα και καθίσταται τελικά δημιουργός αντιστάσεων στις αλλαγές που απαιτούνται για τη βελτίωση του οργανισμού. Σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης, οι ασκούντες αυτήν, ανεξάρτητα από τις διαθέσιμες δυνατότητες και ικανότητες να δημιουργούν στρατηγικές, έχουν δύναμη απέναντι στους ανθρώπους και τις καταστάσεις. Θεωρούν σημαντική την προσωπική ευτυχία και καταξίωση και διαμορφώνουν μια κουλτούρα εξουσίας όπου οι αποφάσεις είναι κυρίως αποτέλεσμα πολιτικών πιέσεων και όχι λογικών συμπερασμάτων. Επιχειρησιακή έρευνα, προγραμματισμός και κυρίως αξιολόγηση, εφαρμόζεται κυρίως κεντρικά.

2.3.3. Στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων

Λόγω της ιδιομορφίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη όλων των μορφών. Παράλληλα είναι επιφορτισμένα με την ευθύνη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την έρευνα. Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη (προάσπιση της υγείας ως “δημόσιου αγαθού”) και τη δημοσιονομική του σταθερότητα.

2.3.4. Δημόσια – Ιδιωτικά Ελληνικά Νοσοκομεία

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια, λειτουργούν και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, προκειμένου να αυξάνονται οι δυνατότητες των πολιτών για επιλογή προμηθευτών υγείας και για ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Θεωρητικά, ο κοινός στόχος τους είναι να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας. Τα δημόσια

νοσοκομεία έχουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των προσερχομένων σε αυτά αποβλέποντας σε μια κοινωνική πολιτική πλήρους ισότητας. Ενώ στα ιδιωτικά κυρίαρχος στόχος είναι το κέρδος, οι ευνοϊκοί όροι σύναψης συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, οι δημόσιες σχέσεις, η προβολή και η ελαχιστοποίηση του κόστους. Με γνώμονα τον κεντρικό πυρήνα “καθορισμός στόχων – επιλογή μεθόδων προσέγγισης”, η υλοποίηση του σχεδιασμού, για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, ακολουθεί διαδικασίες και στάδια

2.3.5. Διαφορές δημόσιου με ιδιωτικού νοσοκομείου

Αναφορικά στα δημόσια νοσοκομεία, μπορεί να υπάρχει χρονική απόσταση μεταξύ της απόφασης για υλοποίηση και της υλοποίησης (Υπουργείο – ΔΥΠΕ – Νοσοκομείο). Αξίζει να αναφερθεί πως επιχειρησιακά σχέδια επί μέρους υγειονομικών μονάδων του Α΄ και Β΄ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας που εγκρίθηκαν, είτε δεν υλοποιήθηκαν είτε δεν υπήρξε έλεγχος των αποτελεσμάτων και αξιολόγησης των επιπτώσεών. Σε αντίθεση, σ΄ ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο οι αποφάσεις λαμβάνονται από ένα Διοικητικό Συμβούλιο, σε συντομότερο χρονικό διάστημα και οι απαραίτητες εργασίες ξεκινούν άμεσα. Βέβαια οι δομές που θα δημιουργηθούν σ΄ ένα δημόσιο νοσοκομείο θα διατηρηθούν σε βάθος χρόνου, ενώ σε κάποιο ιδιωτικό, δεδομένου ότι η διοίκηση σχετίζεται όχι μόνο με την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών αλλά και με το εκτιμώμενο επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, δύναται να ξεκινήσει ένας νέος κύκλος σχεδιασμών.

2.3.6. Αδυναμίες λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μια σημαντική πρόοδο με την ανέγερση και την λειτουργία σύγχρονων νοσοκομείων, αυξήθηκε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ακόμα παρατηρούνται αδυναμίες στη λειτουργία των

νοσοκομείων. Οι αδυναμίες αυτές αναφέρονται στις εισροές (κτιριακή υποδομή, τεχνολογικός εξοπλισμός, ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι) και σε θέματα οργάνωσης και αποδοτικότητας των πόρων.

Τα περισσότερα νοσοκομεία, με εξαίρεση ορισμένων σύγχρονων όπως π.χ. Πάτρας, Ηρακλείου, Ιωαννίνων λειτουργούν σε πεπαλαιωμένα κτίρια, ενώ μερικά είχαν κατασκευαστεί για άλλες χρήσεις και στη συνέχεια με μετατροπές και επεκτάσεις λειτούργησαν ως νοσοκομεία για να καλύψουν ανάγκες περίθαλψης. Η σύγχρονη ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και η συνεχής διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα σύγχρονα νοσοκομεία μεγεθύνει το πρόβλημα.

Παρά τον εκσυγχρονισμό του τεχνολογικού εξοπλισμού διαπιστώνονται ανισότητες στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία, δείχνοντας έτσι την απουσία κεντρικού σχεδιασμού και κριτηρίων επιλογής και διάθεσης. Τα κριτήρια επιλογής αναφέρονται στην ιατρική αποτελεσματικότητα, την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την οικονομική αποδοτικότητα αλλά και την ισομερή κατανομή ανά υγειονομική περιφέρεια. Παράλληλα, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για τη συντήρηση και την τεχνική υποστήριξη του εξοπλισμού μειώνει τη διάρκεια ζωής του και την ανταποδοτικότητά του.

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι αριθμητικά περισσότερο, εξακολουθεί όμως να παρατηρούνται ελλείψεις ιδιαίτερα σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Στον τομέα της χρηματοδότησης, τα έσοδα και το ύψος των επιχορηγήσεων των νοσοκομείων καθορίζονται από την κεντρική διοίκηση, η οποία προσδιορίζει τις τιμές των κλειστών νοσηλίων και των ιατρικών πράξεων.

Η παρέμβαση του κράτους περιορίζει σημαντικά τα περιθώρια ουσιαστικής διαχείρισης ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των νοσοκομείων. Οι προσλήψεις προσωπικού, οι σχέσεις εργασίας, οι αμοιβές του, η εξέλιξη του

αλλά και θέματα που έχουν σχέση με το προσωπικό ρυθμίζονται από τον δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα και ελάχιστα περιθώρια δίνονται στις διοικήσεις των νοσοκομείων για άσκηση οποιασδήποτε πολιτικής. Η παρουσία νοσοκομειακού management με την ταυτόχρονη καθιέρωση νέων μεθόδων διοίκησης – διαχείρισης ολικής ποιότητας αναμένεται να προάγουν την αποτελεσματική οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων και να αυξήσουν την αποδοτικότητα των πόρων που διατίθενται.

Σε ένα μεγάλο αριθμό νοσοκομείων δεν έχει ολοκληρωθεί το δίκτυο ιατρικής πληροφόρησης, όπου θα καταγράφονται και θα αναλύονται τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας και κατά επέκταση θα παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την κατανομή των πόρων. Η απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας και καταλληλότητας της νοσοκομειακής φροντίδας στη πλειοψηφία των νοσοκομείων οδηγεί σε μεγάλες αποκλίσεις στην ποιότητα και σε ευρείας έκτασης αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και πρακτικές εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Παθολογία Δημόσιου Νοσοκομείου

- Έλλειψη αξιολόγησης : η παντελής έλλειψη διαδικασιών αξιολόγησης καλλιεργεί νοοτροπίες και συμπεριφορές με τελικό αποτέλεσμα την παροχή κακής ποιότητας υπηρεσιών.
- Έλλειψη κινήτρων : δεν υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας και εξέλιξης στην ιεραρχία, ούτε κανένα οικονομικό κίνητρο και φυσικά κανένα ίχνος ανταγωνισμού και προσπάθειας για βελτίωση. Αντιθέτως, το εργασιακό περιβάλλον καλλιεργεί αντικίνητρα για παραγωγική και αποτελεσματική εργασία.
- Διαφθορά : το περιβάλλον του δημοσίου με την πλήρη απουσία αξιολόγησης και την αδρανοποίηση των μηχανισμών πειθαρχικού ελέγχου είναι ιδανικό για να καλλιεργηθούν και να συντηρηθούν φαινόμενα διαφθοράς.

2.3.7. Συμπεράσματα σχετικά με το Ελληνικό Νοσοκομείο

Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, παρατηρούνται περιορισμοί από το ιδιότυπο διοικητικό μοντέλο που εφαρμόζουν σε σημαντικά θέματα πολιτικής προμηθειών, διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση, υποκίνηση, ανάπτυξη), σύλληψης, σχεδιασμού και υλοποίησης ενός συναινετικού σχεδίου δράσης. Ο προγραμματισμός, στην καλύτερη περίπτωση παρουσιάζει δυσλειτουργίες και ελλείψεις στα επιμέρους συστατικά στοιχεία του (κριτήρια για τη λήψη αποφάσεων, μελέτη εναλλακτικών δυνατοτήτων, υιοθέτηση κατάλληλης μεθοδολογίας) και στην χειρότερη, απουσιάζει από τα δημόσια νοσηλευτήρια, καθιστώντας τα δυσκίνητα. Τα νοσοκομεία είναι ο θεσμικός πυρήνας κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως οργανισμοί, περιλαμβάνουν μονάδες, δημιουργούν ομάδες, επιλέγουν προμηθευτές και επιλέγονται από ασθενείς-πελάτες. Σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον αυτός ο οργανισμός, δέχεται ακατέργαστα υλικά και παρέχει υπηρεσίες. Η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και οι υψηλές προσδοκίες των πολιτών αυξάνουν ολοένα τη ζήτηση ποιοτικά βελτιωμένων υπηρεσιών. Η ηγεσία και τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας. Ως εκ τούτου είναι ζωτικής σημασίας να υπάρχει μια ηγεσία με όραμα, που με στρατηγικό σχεδιασμό θα συνδέει όλες τις ομάδες συμμετεχόντων προκειμένου να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα υγείας και η ικανοποίηση των εργαζομένων, κατά τη διαχείριση της οργανωτικής διαδικασίας του νοσοκομείου. Είναι αναγκαίο το νοσοκομείο να αποδίδει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών συγκρατώντας το κόστος και τις δαπάνες. Αυτό θα το καταστήσει περισσότερο ανταγωνιστικό στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα νοσοκομεία πρέπει να συνδυάσουν τις στρατηγικές που ικανοποιούν καλύτερα τις ανάγκες τους σε σχέση με το περιβάλλον τους. Είναι αναγκαίο να ακολουθήσουν προσπάθειες, αποκέντρωσης του μοντέλου διοίκησης ώστε οι

υγειονομικές μονάδες να καταστούν πιο ευέλικτες με δυνατότητες σχεδίων δράσης, ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού, δικτύωσης με τα στρατηγικά τμήματα του ιδιαίτερου περιβάλλοντος και εισαγωγής μιας μετασχηματισμένης διοικητικής νοοτροπίας, από όλα τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου σε ότι αφορά τον επαναπροσδιορισμό χειρισμών στον ανθρωπο-εργαζόμενο.

2.4. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Εδώ και χιλιάδες χρόνια, από τότε που οι Έλληνες έγραψαν τον όρκο του Ιπποκράτη έως σήμερα, το ιατρικό επάγγελμα αναδεικνύεται σε λειτούργημα, το οποίο απαιτεί υπευθυνότητα και επαγγελματικό ήθος εκ μέρους του ιατρού.

Στις μέρες μας, το φαινόμενο του πολλαπλασιασμού της άσκησης αγωγών κατά των ιατρών, ιδίως στις Αμερικανικές Πολιτείες, καταδεικνύει την επικαιρότητα και συνάμα τη σπουδαιότητα του ζητήματος της αστικής ιατρικής ευθύνης.

Στη χώρα μας, οι παγκόσμιες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας αλλά και η νέα θεώρηση σχετικά με την προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενή, κατέστησαν αναγκαία την ψήφιση του Νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), ο οποίος αντικατέστησε τον Παλιό Κανονισμό Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25.6/6.7.1955). Κώδικας σύγχρονος, που διέπεται από πνεύμα προστασίας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών, τόσο των γιατρών, όσο και των ασθενών. Νόμος που λαμβάνει υπόψη του όλη τη μέχρι τώρα ισχύουσα νομοθεσία και που αγγίζει εξαιρετικά σύγχρονα ζητήματα, όπως τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοήθηση στην ιατρική αναπαραγωγή, τη βιοϊατρική έρευνα. Συγκεκριμένα, ο νόμος 3418/2005 αποτελείται από παρακάτω άρθρα τα οποία διέπουν το ιατρικό λειτούργημα, τις σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και της σχέσεις αυτών με τους ασθενείς :

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα
2. Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού
3. Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας
4. Ιατρικά πιστοποιητικά και ιατρικές γνωματεύσεις
5. Κωλύματα – ασυμβίβαστα
6. Τόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος
7. Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού
8. Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή
9. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία
10. Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή
11. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία
12. Υποχρέωση ενημέρωσης
13. Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή
14. Ιατρικό απόρρητο
15. Τήρηση ιατρικού αρχείου
16. Σύγκρουση καθηκόντων
17. Ο ιατρός και η κοινωνία
18. Διαφήμιση – Παρουσία ιατρών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
19. Παρουσία των ιατρών στο διαδίκτυο
20. Αμοιβή ιατρού
21. Άσκηση ιατρικής στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης
22. Σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό
23. Ιατρικά συμβούλια
24. Ο ρόλος του ιατρού στην εκπαιδευτική διαδικασία

25. Ιατρική έρευνα
26. Κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους
27. Δημοσιότητα των ανακαλύψεων
28. Φροντίδα ψυχικής υγείας
29. Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής
30. Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή
31. Τεχνητή διακοπή κύησης
32. Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων
33. Αιμοδοσία
34. Προστασία γενετικής ταυτότητας
35. Κυρώσεις

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής το σύστημα υγείας και γενικότερα η Πολιτεία πρέπει να στηρίζεται στην εκπαίδευση, την ενημέρωση, την πρόληψη και συνεπή τιμωρία των αντιδεοντολογικών ιατρικών συμπεριφορών. Χωρίς ένα υγιές σύστημα ιατρικής ευθύνης δεν θα μπορούμε να έχουμε ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κατάφερε να εισάγει λεπτομερείς ρυθμίσεις και να καλύψει νομοθετικά κενά του παρελθόντος, διευθετώντας με σαφή τρόπο, ανάμεσα σ' άλλα, και το θέμα της συναίνεσης. Ωστόσο, δε λείπουν ατέλειες στη διατύπωσή του, οι οποίες δυσχεραίνουν την εφαρμογή του καθώς και παραλείψεις, όπως η μη ρύθμιση της περίπτωσης λήψης συναίνεσης όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του. Οι διατάξεις του Νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, διαπνέονται από πνεύμα προστασίας των ατομικών ελευθεριών, σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και εκφράζουν το αλληλεγγυητικό καθήκον του ιατρού. Επιπλέον, ισορροπούν μεταξύ του πατερναλισμού, σύμφωνα με τον οποίο ο ιατρός είναι κυρίαρχος στη σχέση του με τον ασθενή ως πατέρας προς το παιδί του, και της αυτονομίας με βάση την οποία ο ασθενής διαμορφώνει τις αποφάσεις του κατά βούληση.

Τέλος, οι δεοντολογικοί κανόνες σκοπό έχουν να ενισχύουν την επιμέλεια του ιατρού, χωρίς, όμως, να τον αδρανοποιούν καταπνίγοντας κάθε πρωτοβουλία του, διότι για να εξελιχθεί μια ιατρική σύμβαση προς όφελος του ασθενούς, πρωτίστως πρέπει να διαφυλαχθεί η σχέση εμπιστοσύνης και οικειότητας μεταξύ του τελευταίου και του ιατρού.

ΚΕΦΑΛΙΑΙΟ 3

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Έννοια των Οικονομικών της Υγείας

Τα οικονομικά της υγείας είναι ένας πρόσφατος κλάδος της οικονομικής επιστήμης ο οποίος ασχολείται με την μελέτη των μηχανισμών παραγωγής διανομής και κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας και την αναζήτηση της άριστης κατανομής των σπάνιων πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Η σπανιότητα των πόρων, η έκρηξη της τεχνολογίας και η αύξηση των δαπανών υγείας, επιβάλλει την ορθολογική διαχείριση και δομική λειτουργικότητα του συστήματος, με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τον πιο αποδοτικό, αποτελεσματικό, ισότιμο και ποιοτικό τρόπο. Παράλληλα, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους και του αναφαίρετου δικαιώματος του ανθρώπου στην υγεία, αυτό θα πρέπει να γίνεται και κοινωνικά αποδεκτό, ως δίκαιο.

Ο κλάδος αυτός προέκυψε από :

- την ανάπτυξη της οικονομικής της εργασίας,
- της δημόσιας οικονομικής και
- του δημόσιου management.

Η οικονομική της υγείας ορίζεται , ως η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων, μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων, με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας.

3.1.1 Το αντικείμενο της Οικονομικής της Υγείας

Το αντικείμενο ενασχόλησης των οικονομικών της υγείας είναι το σύστημα υγείας, δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται προϊόν – εμπόρευμα και ως εκ τούτου θα πρέπει να παρθούν μία σειρά αποφάσεων που σχετίζονται με την παραγωγή αυτών των υπηρεσιών, με τον καθορισμό της

τιμής των και με τον τρόπο με το οποίο θα διανεμηθούν στους πολίτες. Ας μη ξεχνούμε ότι οι πόροι που διαθέτει η κοινωνία είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου θα πρέπει να παράγουμε όσο γίνεται καλύτερες, αλλά και αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας με σκοπό την αποκατάσταση και τη βελτίωση της υγείας του πολίτη. Ως εκ τούτου θα ορίζαμε τα Οικονομικά της Υγείας ως τον κλάδο της Οικονομικής Επιστήμης που μελετά τον τρόπο με τον οποίο θα κατανεμηθούν τα χρήματα στο σύστημα υγείας και θα παραχθούν υπηρεσίες υγείας ώστε να ικανοποιήσουν και να βελτιώσουν την υγεία των πολιτών μιας χώρας. Τα οικονομικά της υγείας, όπως και η οικονομική επιστήμη, θα πρέπει να απαντήσουν τρεις βασικές ερωτήσεις :

- Ø Ποιες είναι οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, ώστε να προγραμματιστεί η παραγωγή τους;
- Ø Με ποιο τρόπο θα γίνει η οργάνωση και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας ώστε να παράγουμε όσο γίνεται περισσότερες και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος;
- Ø Πως θα διανεμηθούν αυτές οι υπηρεσίες υγείας στους πολίτες μιας χώρας;

Όπως στην οικονομία υπάρχει το οικονομικό κύκλωμα, έτσι και στα οικονομικά της υγείας υπάρχει αντίστοιχα το οικονομικό κύκλωμα της υγείας. Τα νοικοκυριά που προσφέρουν τους παραγωγικούς συντελεστές είναι αφενός μεν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι), αφετέρου δε επιχειρήσεις που πωλούν τα μηχανήματα, νοικιάζουν ή πωλούν τα κτίρια όπου θα στεγαστούν τα συστήματα υγείας κλπ. Οι επιχειρήσεις που παράγουν το προϊόν είναι τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και γενικότερα όλα τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας, δημόσια και ιδιωτικά. Το αγαθό που τα νοικοκυριά, οι πολίτες ζητούν είναι οι υπηρεσίες υγείας και η κατανάλωση αυτού του αγαθού θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας τους.

Υπάρχουν φυσικά ορισμένες βασικές διαφορές ανάμεσα στα οικονομικά της υγείας και στην οικονομική επιστήμη που σχετίζεται με την ιδιαιτερότητα του προϊόντος υπηρεσίες υγείας.

3.1.2. Διαφορές μεταξύ Οικονομική της Υγείας και Οικονομική Επιστήμη

1. Η πρώτη διαφορά αφορά το ποιος καθορίζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ενώ στην περίπτωση ενός οποιοδήποτε άλλου αγαθού, αυτός που καθορίζει τη ζήτηση είναι ο ίδιος ο καταναλωτής, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ο καταναλωτής – πολίτης, αλλά ο επαγγελματίας υγείας (ιατρός) που ο πολίτης τον επισκέπτεται για το πρόβλημα της υγείας του. Ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που θα του πει ακριβώς ποιες υπηρεσίες υγείας και σε τι ποσότητα χρειάζεται να βρει.
2. Η δεύτερη βασική διαφορά είναι ο τρόπος πληρωμής των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση ενός οποιοδήποτε άλλου αγαθού, η πληρωμή του γίνεται πριν από την κατανάλωσή του (πρώτα πληρώνουμε, το αγοράζουμε και στη συνέχεια το καταναλώνουμε) και από εμάς τους ίδιους που ζητάμε να το καταναλώσουμε, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετικά. Πρώτα «καταναλώνουμε» τις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μας ζητείται να πληρώσουμε. Για παράδειγμα νοσηλεύεται κάποιος σε νοσοκομείο. Η πληρωμή του νοσοκομείου θα γίνει όταν το άτομο θα πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο.
3. Η Τρίτη βασική διαφορά αφορά το ποιος πληρώνει τις υπηρεσίες υγείας. Στην περίπτωση ενός οποιοδήποτε άλλου αγαθού, ο καταναλωτής είναι αυτός που πληρώνει άμεσα το αγαθό, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, αυτές συνήθως θα πληρωθούν από το Ταμείο Ασφάλισης του νοσηλευομένου, είτε από την Ασφαλιστική του Εταιρεία. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου θα χρειαστεί να πληρώσει και να του τα δώσει το Ταμείο του ή η Ασφαλιστική του Εταιρεία εκ των υστέρων.

Σε γενικές γραμμές, το σύστημα υγεία είναι μία οικονομική μονάδα, όπως τόσες άλλες, που οργανώνει την παραγωγική διαδικασία και παράγει μία υπηρεσία, τις υπηρεσίες υγείας. Όπως και στην παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού, υπάρχουν οι εισροές, η παραγωγική διαδικασία και οι εκροές. Οι εισροές είναι οι ανθρώπινοι πόροι (ιατρικό, νοσηλευτικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό), η παραγωγική διαδικασία είναι η διαδικασία ολοκλήρωσης μίας συγκεκριμένης πράξης, όπως π.χ. η επίσκεψη σε ένα ιατρό, η νοσηλεία σ' ένα νοσοκομείο και οι εκροές μετρώνται με δείκτες κατά προσέγγιση όπως με τις ημέρες νοσηλείας, με το είδος και την ποσότητα των εξετάσεων κλπ.

Τέλος, από τους οικονομικούς επιστήμονες δεν αναμένεται να επιβεβαιωθεί η ιατρική αποτελεσματικότητα. Αυτό που αναμένεται από τους οικονομικούς επιστήμονες είναι μια καθοδήγηση για το πώς μπορούν να επιτύχουν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα με το ελάχιστο δυνατό κόστος, δεδομένου του προϋπολογισμού για την υγεία. Παράλληλα, μπορούν να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα σε κλινικές πρακτικές που παρουσιάζουν καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και σε αυτές που δεν παρουσιάζουν καλή σχέση. Μία απλοϊκή σκέψη θα ήταν να διατεθούν πόροι σε όλα τα προγράμματα, εφόσον πρόκειται για την υγεία των μελών ενός κοινωνικού συνόλου. Η εισαγωγή της οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία οφείλεται κυρίως στην συνειδητοποίηση ότι οι πόροι δεν είναι ανεξάντλητοι. Σύμφωνα με τον David Elly (Sperry, 1997) «οι ιατρικές παρεμβάσεις έχουν κόστος, οι άνθρωποι δεν είναι πάμπλουτοι και οι προϋπολογισμοί των προγραμμάτων υγείας είναι περιορισμένοι. Έτσι, για κάθε υπηρεσία υγείας αξίας 1 δολαρίου που καταναλώνεται πληρώνεται 1 δολάριο».

Οι πόροι που χρησιμοποιούνται στον υγειονομικό τομέα, μπορούν να διακριθούν σε :

- οικονομικούς,

- υλικούς και
- ανθρώπινους.

Η διαθέσιμη ποσότητα αυτών μεταβάλλεται διαρκώς, και ανάλογα με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να προλαμβάνουν και να σχεδιάζουν τον κατάλληλο συνδυασμό και κατανομή πόρων.

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση (Μπουρσανίδης,2003), οι πόροι εισέρχονται (inputs) στο σύστημα και μέσω των διαδικασιών δίνουν εκροές (outputs). Οι εκροές σχετίζονται με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των πόρων. Αυτό που έχει σημασία, είναι να χρησιμοποιούνται οι διαθέσιμοι πόροι με ευελιξία, εφόσον είναι περιορισμένοι. Δηλαδή οι οικονομικές αξιολογήσεις σχεδιάζονται για να βεβαιωθεί αν οι πόροι καταμερίστηκαν με τον πιο αποδοτικό τρόπο (www.Canadian-health-network.ca).

Η οικονομική σκέψη, στην παροχή υπηρεσιών υγείας, χρειάζεται για να καλύψει το κενό στη λήψη απόφασης κατανομής πόρων: χωρίς αυτήν θα ξοδεύονται τεράστια ποσά για να σωθεί μία ζωή με ένα συγκεκριμένο τρόπο, ενώ, με κάποιον άλλο τρόπο, θα μπορούσαν να σωθούν περισσότερες ζωές.

Διαφαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη μερισμού των υπηρεσιών υγείας, όπου οι πόροι είναι πεπερασμένοι και η επιλογή είναι ανάγκη. Επομένως, πρέπει να γίνεται κατανοητή από όλους τους εμπλεκόμενους η έννοια του κόστους των πόρων, γιατί αλλιώς δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό αν η χρήση των πόρων γίνεται προς το καλύτερο αποτέλεσμα. Βέβαια, εδώ υπεισέρχονται και οι αντιρρήσεις ιατρών, οι οποίοι παρότι κατανοούν την στενότητα των πόρων, θεωρούν σχεδόν ανήθικη την λήψη ιατρικής απόφασης με βάση το κόστος.

Στην ανάπτυξη του κλάδου συνεισέφερε σημαντικά η Σχολή του Σικάγο με την ανάπτυξη της θεωρίας περί της οικονομίας των ανθρωπίνων πόρων, σύμφωνα

με την οποία οι επενδύσεις σε ανθρωπίνους πόρους βοηθούν στην οικονομική ανάπτυξη, η οποία εν συνεχεία οδηγεί στην πολιτιστική και κοινωνική άνοδο.

3.1.3. Η μεθοδολογία των οικονομικών της Υγείας

Η ίδια η φιλοσοφία των οικονομικών της υγείας (παραγωγική διαδικασία, παραγωγή ιατρός – νοσοκομείο, καταναλωτής - ασθενής) ευρίσκεται πολύ κοντά στην μικροοικονομική μεθοδολογία και ειδικότερα της θεωρίας του καταναλωτή και της θεωρίας του παραγωγού. Όπως και στην μικροοικονομική θεωρία έτσι και στα οικονομικά της υγείας η δομή της αγοράς παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των τιμών των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας. Αυτό που διαφοροποιεί την αγορά υπηρεσιών υγείας από τις άλλες αγορές αγαθών και υπηρεσιών είναι η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο αυτό και ο συγκεκριμένος τρόπος καθορισμού των τιμών στο δημόσιο τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με την θεωρία του καταναλωτή, ο καταναλωτής έχει ένα συγκεκριμένο εισόδημα που πρέπει να δαπανήσει και να αγοράσει αγαθά και υπηρεσίες και με δεδομένες τις τιμές των αγαθών και υπηρεσιών, αγοράζει τη μέγιστη δυνατή ποσότητα που μπορεί να αγοράσει ώστε να μεγιστοποιήσει την χρησιμότητα που αποκομίζει από την κατανάλωση των αγαθών. Η θεωρία του καταναλωτή εφαρμόζεται και στα οικονομικά της υγείας για να αναλυθεί η πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Η θεωρία του παραγωγού εξετάζει το πώς ο παραγωγός αποφασίζει για το ποια θα είναι η ποσότητα των παραγωγικών συντελεστών που θα χρησιμοποιήσει ώστε να παράγει το προϊόν υπηρεσίες υγείας και δεδομένης της δομής του συστήματος υγείας να θέσει τιμή για τη συγκεκριμένη υπηρεσία.

3.2. Οι Δαπάνες της Υγείας

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα

με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που αναλαμβάνονται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας. (Canadian Institute for Health Information, 2002). Οι δαπάνες υγείας μπορούν σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

-**Ιατρικές Δαπάνες**, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες κ.α

- **Νοσοκομειακές Δαπάνες** που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α

- **Φαρμακευτικές Δαπάνες**, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά. Αν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως Συνολικές Δαπάνες υγείας . Από όσα ήδη αναφέρθηκαν, γίνεται φανερό ότι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής & δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων & ιδιωτικών επενδύσεων. Η δημόσια κατανάλωση αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των καταναλωτών- νοικοκυριών. Το κράτος συμμετέχει ακόμη στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια της ιδιωτικής επένδυσης, σχετίζεται με την δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους, και κατά συνέπεια έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης,1998). Το συνολικό ύψος αλλά και η σύνθεση των δαπανών υγείας δεν είναι γνωστά σε πολλές χώρες. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ είναι δυνατόν να υπολογιστεί το ύψος των δημοσίων

και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας κατανάλωσης⁴, δεν υπάρχουν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας κάθε χώρας, επιτείνεται καθώς δεν γίνεται διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης. Πράγματι, υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής του ενώ πολλές φορές απαιτείται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής-εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ασθενούς. Απο όσα ήδη αναφέρθηκαν, γίνεται φανερό ότι αν και η εκτίμηση των συνολικών δαπανών υγείας ή η εκτίμηση σχετικά με τις δαπάνες υγείας ανά βαθμίδα περίθαλψης είναι δύσκολη, παρεμένει ως γεγονός το φαινόμενο, ότι αυτές οι δαπάνες έχουν αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και σε παγκόσμια κλίμακα.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας :

α. η έκταση της δημόσιας χρηματοδότησης έχει σημασία γιατί η εξάρτηση ενός συστήματος υγείας από ιδιωτικές δαπάνες σημαίνει περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού, και

β. η κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών υγείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στο βαθμό ισοτιμίας του συστήματος ιδιαίτερα σε χώρες με σημαντική φοροδιαφυγή.

Η χρηματοδότηση των διαφόρων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δείχνει, επίσης, τη μειωμένη έμφαση που δίνεται σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦ), σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, όπου επικεντρώνονται οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα. Βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι :

3.2.1. Δημόσιες (Κρατικές) Δαπάνες Υγείας

Η αναλογία των δημόσιων δαπανών μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης διατηρείται σήμερα περίπου στο 40 προς 60 % αντιστοίχως, κυρίως εξαιτίας της αύξησης των νοσηλίων, το 1992 και το 2000. Οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων τείνουν να αυξάνονται, οι δαπάνες υγείας μέσω του Κρατικού προϋπολογισμού (αρχικά των νομαρχιών) να μειώνονται και το Υπουργείο Οικονομικών να λειτουργεί ως πυροσβέστης στα ελλείμματα. Τα προαναφερθέντα οδηγούν σε μεγαλύτερο (κεντρικό) συγκεντρωτισμό και καταστρατηγούν κάθε έννοια αποκέντρωσης **προγραμματισμού και ελέγχου της αποδοτικότητας των πόρων του ΕΣΥ.**

3.2.2. Δαπάνες Υγείας Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης

Οι δαπάνες (υγείας) των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης δύναται γενικά να ομαδοποιηθούν μόνο ανά επίπεδο υπηρεσιών υγείας (δεν υπάρχουν στοιχεία περιφερειακών κατανομών). Οι νοσοκομειακές δαπάνες μειώθηκαν διαχρονικά, ενώ αντίστοιχα αυξήθηκαν οι φαρμακευτικές. Αυτό, ως ένα σημείο είναι και πλασματικό μιας και οι τιμές των νοσοκομειακών πράξεων και νοσηλίων παραμένουν σταθερές, ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο και στα φάρμακα. Από την άλλη μεριά, η αναγκαιότητα ελέγχου των δαπανών αυτών είναι δεδομένη. Αξιοσημείωτη είναι η ελαφρά μείωση (σε ποσοστό κατανομής) των δαπανών για πρωτοβάθμια και οδοντιατρική περίθαλψη, ενώ οι άλλες δαπάνες και τα επιδόματα παραμένουν σταθερά.

3.2.3. Οι ιδιωτικές δαπάνες

Αποτελούν τη τρίτη αλλά τη συγκριτικά μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν υψηλές. Σημαντικός παράγοντας των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και διαγνωστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας . Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι (ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών) από τα υψηλότερα της Ευρώπης. Αυτό,

ίσως, είναι απόρροια της αδυναμίας του δημόσιου συστήματος να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ή τις προσδοκίες του Έλληνα για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες μελέτες, που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, υπολογίζουν αύξηση στις ιδιωτικές δαπάνες. Η αύξηση αυτή της ιδιωτικής αγοράς υγείας, έγινε δυνατή εξαιτίας και της σημαντικής αύξησης που παρουσίασε η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Όμως, το παράδοξο είναι ότι η αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει σαφή σημεία κόπωσης, λόγω και της συνειδητοποίησης εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών απειλεί την ίδια τη βιωσιμότητά τους.

Σε γενικές γραμμές η οργάνωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας ξεκίνησε με βάση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, και με την εφαρμογή του ΕΣΥ, εντάχθηκε πλήρως στο Κράτος (τουλάχιστον ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας). Τα τελευταία έτη, το σύστημα υγείας της χώρας μας χρηματοδοτείται κατά από ιδιωτικούς πόρους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας της παροχής έχει σημαντικό μερίδιο (κατά πλειοψηφία στην εξω-νοσοκομειακή, και λιγότερο στη νοσοκομειακή). Η οργάνωση του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας, που κυριαρχείται από τα νοσοκομεία, καθώς και η κριτική για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του στην Ελλάδα τείνει να επικεντρωθεί σε τέσσερις κύριες αιτίες:

α. οι δημόσιες “επιχειρήσεις” (όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία) “ανθίστανται” ή αρνούνται να σχεδιάσουν βάση την ικανοποίηση των “πελατών” - ασθενών,

β. δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους,

γ. υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής, γιατί δεν έχουν κίνητρα για αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς, και τέλος

δ. ανθίστανται ή τουλάχιστον καθυστερούν τον οποιοδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή εμπρός στο φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας, που αντανακλά κυρίως στο προσωπικό αλλά και το συλλογικό συμφέρον των δημοσίων υπαλλήλων.

Βασική αδυναμία παρουσιάζεται στην απουσία σχεδιασμού καθώς και οικονομικού ελέγχου με αποτέλεσμα οι αποφάσεις να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά περισσότερο της “επιλογής του δημοσίου” παρά της “κοινωνικής επιλογής” την οποία πρέπει να εκφράζει το δημόσιο. Παρά την φαινομενική αντίθεση των “δύο τάσεων”, αυτό στο οποίο όλοι συμφωνούν είναι το ότι η έννοια της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας κ.ο.κ. δεν στηρίζονται από μόνες τους, αν δεν συμπορευτούν με κοινώς αποδεκτά κριτήρια, καθώς επίσης και με έννοιες περισσότερο «αξιακές», όπως είναι η κοινωνική «μετρησιμότητα».

3.3. Αιτία Αύξησης των Δαπανών της Υγείας

Ως πρώτος αιτιολογικός παράγοντας της αύξησης των δαπανών υγείας στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες αναφέρεται η αύξηση του εισοδήματος. Πραγματικά η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στην προτεραιοποίηση των αναγκών του ανθρώπου, αφού σκοπός δεν είναι μόνο η βιολογική επιβίωση, άρα και η κάλυψη αυτών των αναγκών, αλλά και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας του ατόμου. Έτσι ο παράγοντας αυτός φαίνεται να συμβάλλει στην καλύτερευση της υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας αρχικά ταυτίστηκε με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, δηλ. ότι υγεία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας αλλά και μια κατάσταση φυσικής, ηθικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτός ο ορισμός της υγείας επιβάλλει την επικέντρωση σε διάφορες κατηγορίες των υγειονομικών αναγκών προκειμένου να προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Όταν αναφερόμαστε στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών αναφερόμαστε στην ανάγκη Πρόληψης

είτε αυτή είναι Πρωτογενής, είτε Δευτερογενής, είτε Τριτογενής, στην ανάγκη Πρώιμης διάγνωσης, στην ανάγκη για Περίθαλψη, στην ανάγκη για Αποκατάσταση (ιατρική, σχολική, επαγγελματική και κοινωνική), στην ανάγκη για Νοσηλευτική φροντίδα, στην ανάγκη για Αναπλήρωση εισοδήματος, και τέλος στην ανάγκη για Εκπαίδευση και Έρευνα. (Μπουρσανίδης, 2000). Ο βασικός σκοπός λοιπόν του συστήματος υγείας είναι να ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες και να διασφαλίζει την κάλυψή τους για τον πληθυσμό ευθύνης του. Δεδομένου ότι σε τελική ανάλυση, ο πολίτης είναι ο βασικός πληρωτής χρηματοδοτώντας το σύστημα υγείας μέσω της φορολογίας, των εργοδοτικών και ασφαλιστικών εισφορών σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς ή μέσω της συμμετοχής στο κόστος και ιδίων πληρωμών είναι προφανές ότι η μετακύλιση του κόστους των υπηρεσιών υγείας γίνεται τελικά προς αυτόν. Το ύψος αυτών των εισφορών ή της φορολογίας καθορίζεται συνήθως από την επαγγελματική κατηγορία ή/και το εισόδημα του πολίτη. Από την άλλη πλευρά του συστήματος υγείας παρουσιάζεται ο πολίτης όχι μόνο ως βασικός χρηματοδότης του συστήματος αλλά και ως κύριος αγοραστής των υπηρεσιών υγείας. Ένας παράγοντας λοιπόν που επηρεάζει τις συνολικές δαπάνες υγείας σχετίζεται με το καταναλωτικό πρότυπο τόσο ως ανάγκη ικανοποίησης των αναγκών επιβίωσης όσο και ως ανάγκη βελτιστοποίησης του επιπέδου υγείας. Επιπλέον, η στροφή της ζήτησης για ποιοτική παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας εκπαίδευσης και επικοινωνίας έχει συμβάλλει αποφασιστικά στην αύξηση των δαπανών της υγείας. Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής άμεσα είναι και η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου. Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης στις βιομηχανικές χώρες φαίνονται να έχουν αυξήσει τις χρόνιες ασθένειες και νοσήματα, που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Είναι γεγονός ότι η θεραπευτική εξέλιξη δεν οδήγησε σε πλήρη ίαση και αποθεραπεία παρά όλα αυτά, επιμήκυνε σημαντικά την διάρκεια ζωής των πασχόντων. Τέλος, οι νέες θεραπευτικές

προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί, οδηγούν στην αύξηση του κόστους υγείας κυρίως λόγω των χρόνιων ασθενών που συνεχώς καταναλώνουν πόρους. (Σούλης, 1998). Ένας άλλος παράγοντας που θεωρείται ότι σχετίζεται με την αύξηση των δαπανών υγείας είναι η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης. Είναι κοινός τόπος στην συζήτηση που γίνεται στις μέρες μας, ότι ο πολίτης όπως και οι επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ιδιαίτερα ενήμεροι για το κόστος της περίθαλψης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται “...οι περισσότεροι πολίτες δεν έχουν ιδέα για το ύψος της συνεισφοράς τους στον εθνικό λογαριασμό υγείας” (National Center for Policy Analysis, 1995). Εν κατακλείδι, η κοινωνική ασφάλιση φαίνεται να έχει λειτουργήσει αρνητικά αφού τα ιατρικά έξοδα επωμίζεται ο ασφαλιστικός φορέας στον οποίο ανήκει ο πολίτης, ενώ η αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, επέτρεψε την μεγαλύτερη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και εκτός των ασφαλιστικών οργανισμών με αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης. Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επιδρά στην αύξηση των δαπανών υγείας είναι ο δημογραφικός παράγοντας, και φυσικά γίνεται αναφορά στην γήρανση του πληθυσμού. Είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός άνω των 65 ετών σημείωσε μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια και πολλές ήταν οι έρευνες οι οποίες επιβεβαίωσαν την κλασσική άποψη περί επίπτωσης της γήρανσης του πληθυσμού στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Στον αντίποδα αυτής της άποψης, παρουσιάζονται άλλοι επιστήμονες οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει υπερεκτιμηθεί ως παράγοντας επιβάρυνσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Η γήρανση του πληθυσμού μάλιστα, φαίνεται να επιβαρύνει περισσότερο τον κλάδο των συντάξεων παρά τον κλάδο της υγείας. Επιπλέον, ο γηρασμένος πληθυσμός είναι πιο υγιείς τώρα, μένει στην αγορά εργασίας και κατά συνέπεια προσφέρει για περισσότερα χρόνια. Το δε υψηλό κόστος υγείας, φαίνεται μάλλον να συνδέεται και να αυξάνεται κατά την προσπάθεια ανακούφισης ασθενών που τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν φαίνεται να παρουσιάζει αιτιακή σχέση με τον

ηλικιακό παράγοντα. (Normand, 1998), (Σούλης, 1998) Ο παράγοντας που θα αναφερθεί στην συνέχεια, και θεωρείται ότι επίσης δρά επιβαρυντικά στο κόστος των συστημάτων υγείας και συνδέεται με την ιατρική θεραπευτική πράξη. Είναι ο παράγοντας της βιοϊατρικής τεχνολογίας, όχι μόνο ως προς την εξέλιξη και υιοθέτησή της αλλά και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική της χρήση. Οι οικονομολόγοι στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την υιοθέτηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας έχουν δημιουργήσει τρία μοντέλα νοσοκομειακής συμπεριφοράς τα οποία σχετίζονται με τρία διαφορετικά κριτήρια: το κριτήριο της τιμής, το κριτήριο της τεχνολογίας και το κριτήριο της χρησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα: Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τιμή, υποθέτει ότι το νοσοκομείο αντιμετωπίζει μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης και κατά συνέπεια μειώνονται τα έσοδά του. Προκειμένου να αυξήσει τα έσοδα, το νοσοκομείο αγοράζει νέα τεχνολογία και αυξάνει την Ζήτηση. Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία, προκύπτει από την θεωρία μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και την θεωρία του καταναλωτισμού. Έτσι στο μοντέλο αυτό, το νοσοκομείο υιοθετεί την τεχνολογία προκειμένου είτε να είναι αυτό το πρώτο που θα την διαθέσει στα όρια μιας γεωγραφικής περιοχής, είτε για να μην υστερεί σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία της περιοχής του Το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας. Στο μοντέλο αυτό η τεχνολογία εξετάζεται και τελικά υιοθετείται, εφόσον παράγονται καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα και εφόσον καλύπτεται μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού.

3.4. Ο έλεγχος των Δαπανών τα της Υγείας και η Αποδοτικότητα

Η υγεία παρέχεται στους πολίτες, μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα, το σύστημα υγείας. Εφόσον πρόκειται για σύστημα, απαιτείται προσοχή τόσο στην διάσταση της δομής όσο και της διαδικασίας, αφού αυτή αφορά τον τρόπο με τον οποίο συνδιαρθρώνονται οι δομές του συστήματος υγείας για την παραγωγή

ενός αποτελέσματος. Η διεθνής πρακτική απέδειξε ότι η προσπάθεια μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας δεν είναι εφικτή, λόγω της επίδρασης των παραγόντων που ήδη αναφέρθηκαν. Επίσης απέδειξε ότι ο έλεγχος του κόστους από μόνος του δεν είναι αποτελεσματικός παρεκτός εάν οδηγεί στην αύξηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Ελέγχοντας τον ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας και με δεδομένους πόρους, ποιός είναι ο αποδοτικότερος τρόπος διάθεσης κατανομής και χρήσης τους; Ο στόχος των συστημάτων υγείας, τα τελευταία χρόνια, είναι να χρησιμοποιηθούν αποδοτικά τα στοιχεία της δομής του συστήματος, τα οποία μέσω της ορθολογικής εφαρμογής διαδικασιών θα οδηγήσουν στην αποδοτικότητα των συστημάτων και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στον πολίτη. Νέες μέθοδοι και τάσεις που εφαρμόζονται προς αυτή την κατεύθυνση αναλύονται στο Τρίτο μέρος αυτής της εργασίας. Το νέο αίτημα της αποδοτικής χρήσης των πόρων προϋποθέτει τον επανακαθορισμό αξόνων προτεραιοποίησης των συστημάτων υγείας με ταυτόχρονη αναθεώρηση του τρόπου χάραξης και εφαρμογής πολιτικής υγείας, καθώς οι δαπάνες υγείας δείχνουν να αυξάνονται διαρκώς ενώ οι πόροι φαίνεται να χρησιμοποιούνται ακόμη αναποτελεσματικά. Προκειμένου να υπάρξει έλεγχος και συγκράτηση των δαπανών, *ελήφθησαν διάφορα μέτρα ένα από αυτά είναι και η Επιβολή Προϋπολογισμού.*

Δυστυχώς, η εφαρμογή του μέτρου ανέδειξε και τα προβλήματά του. Χώρες όπως η Ελλάδα που προσπάθησε ανεπιτυχώς να θέσει προϋπολογισμό στον ενδονοσοκομειακό τομέα, διαίωνισε το πρόβλημα της αναποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην Γαλλία, επίσης ο προϋπολογισμός του ενδονοσοκομειακού τομέα εξακολουθεί να βασίζεται στις ιστορικές δαπάνες. Η Ισπανία, αν και αμοίβει τα νοσοκομεία βάσει των δραστηριοτήτων τους, κάνοντας χρήση του δείκτη UPA, στην πρακτική η χρηματοδοτική μέθοδος είναι ακόμη αναδρομική. Στην Γερμανία οι προμηθευτές υγείας, ανέπτυξαν στρατηγικές για την μί ένταξη στους προϋπολογισμούς και λίστες αναμονής

παρουσιάστηκαν. Τα φαινόμενα αυτά οδήγησαν στην εγκατάλειψη της προσπάθειας να τεθούν ορθολογιστικά προϋπολογισμοί Η Πορτογαλία, αν και προσπάθησε να αναπτύξει αυστηρούς προϋπολογισμούς, για τα νοσοκομεία, στην πρακτική αυτοί, αποδείχτηκαν ιδιαίτερα δεκτικοί σε υπερβάσεις καθώς δεν υπήρξε σύστημα ποινών για τα νοσοκομεία που τους υπερέβαιναν. Απο την άλλη πλευρά, όπου επιβλήθηκε η εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, φαίνεται ότι κατάφεραν να συγκρατήσουν το κόστος. Γενικά θα λέγαμε ότι χώρες που διαθέτουν ελεγκτικούς μηχανισμούς στο σύστημα υγείας, σε σημεία-κλειδιά που σχετίζονται με τους προϋπολογισμούς, δεν θα υποστούν το πρόβλημα της έκρηξης των δαπανών υγείας. Στις χώρες αυτές ανήκουν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Δανία. Οι περισσότερες χώρες επικεντρώθηκαν στον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών. Αυτό οδήγησε σε πιέσεις για μείωση των ημερών νοσηλείας, αιτιολόγηση και ορθολογική χρήση των αποθεμάτων, αλλαγές της χρήσης των νοσοκομείων ή ακόμη και πώλησή τους, προκειμένου να αναπτυχθούν εναλλακτικοί τρόποι φροντίδας του πολίτη, στα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να διαχωριστεί η επίδραση των προϋπολογισμών που τέθηκαν, η επίδραση από νέες θεραπείες που εφαρμόστηκαν και η επίδραση της τεχνολογίας στα πλαίσια δράσης του ενδονοσοκομειακού τομέα. Το γεγονός πάντως είναι ότι σε πολλές χώρες, η τάση που επεκράτησε, ήταν η αφιέρωση πόρων περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή παρά στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

4.1 Ιστορία των Ελληνικών Νοσοκομείων

Για να μιλήσουμε για την αποτελεσματικότητα των Ελληνικών Νοσοκομείων πριν την οικονομική κρίση πρέπει να γίνει πρώτα μια αναφορά στην πορεία, ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος πόλεμος, οι δικτατορίες, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε της ύφεσης και άλλοτε της ραγδαίας ανόδου, η ανάπτυξη της βιομηχανικής παραγωγής, το ασταθές κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την ανάπτυξη των υπηρεσιών της υγείας.

Τέσσερις περίοδοι μπορούν να προσδιορίσουν αυτή την πορεία εξέλιξης .

Η πρώτη περίοδος αρχίζει με την ίδρυση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1922. Χαρακτηρίζεται από την έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων και από την απουσία πολιτειακής σταθερότητας. Το κράτος βρίσκεται σε αδυναμία να ακολουθήσει αναπτυξιακή υγειονομική πολιτική και παρεμβαίνει περιστασιακά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ η παρουσία του κράτους περιορίζεται στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων.

Η δεύτερη περίοδος (1922-1945) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον υγειονομικό τομέα, από την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούσαν (π.χ. πόλεμοι, πρόσφυγες κ.λ.π.) καθώς και την καθιέρωση και ανάπτυξη της ασφάλισης της υγείας.

Στην τρίτη περίοδο (1945-1974) με τον νόμο «περί οργανώσεως της ιατρικής αντίληψης (Ν. 2592/1953)» επιχειρείται η εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Για πρώτη φορά υιοθετείται στον υγειονομικό τομέα η διοικητική αποκέντρωση με βάση τον πληθυσμό, την νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά, τα οποία συμβάλλουν στην ορθολογική και γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Δυστυχώς δεν υλοποιήθηκε ο νόμος αυτός παρόλο που ήταν πρωτοποριακός για την εποχή εκείνη.

Η τέταρτη περίοδος (1974 -2005) χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Ο νόμος 1397/1983 αποτελεί τη μεγαλύτερη προσπάθεια νομοθετικής μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας, αφού έτσι τέθηκαν οι βάσεις ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης του Ε.Σ.Υ. ήταν :

- Η αποκέντρωση και ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας
- Η δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου προγραμματισμού, ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την εγκαθίδρυση Κέντρων Υγείας στις μη αστικές περιοχές και η εφαρμογή του θεσμού του ιατρού πλήρης και αποκλειστικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ.

Στην περίοδο που ακολούθησε μετά την εφαρμογή του νόμου του ΕΣΥ στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτεύχθηκε ο στόχος για την ίδρυση 184 Κέντρων Υγείας στη μη αστικές περιοχές, χωρίς όμως να ακολουθήσει και η αντίστοιχη στελέχωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τους. Κατά την περίοδο αυτή σηματοδοτήθηκε μια αλματώδη ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των νοσοκομειακών υποδομών της χώρας.

Παρά την πρόοδο σε ότι αφορά την ποσοτική μεγέθυνση και την ποιοτική αναβάθμιση του υγειονομικού συστήματος, το σύστημα υγείας εξακολούθησε

να εμφανίζει προβλήματα και δυσλειτουργίες, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι ακόμη σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την πρόοδο που επιτεύχθηκε.

4.1.1. Προβλήματα Συστήματος Υγείας

Τα τρέχοντα προβλήματα είναι τα εξής :

1. Απουσία εθνικής πολιτικής και στρατηγικής υγείας
2. Προβλήματα επιτελικού σχεδιασμού-συντονισμού, σύγχρονης οργάνωσης και επαρκούς λειτουργίας των υπηρεσιών
3. Ελλιπής οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιδίως στις αστικές περιοχές
4. Αναχρονιστικό σύστημα χρηματοδότησης
5. Χαμηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος
6. Απουσία πολιτικών ελέγχου και κατασπατάληση πολύτιμων πόρων
7. Ανεπαρκής ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού
8. Σοβαρά προβλήματα στην αντιμετώπιση και εξυπηρέτηση των πολιτών
9. Απουσία πολιτικών ποιότητας και
10. Ανεπάρκεια υποδομών και τεχνολογίας

Το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη» βασίστηκε στους παραπάνω προβληματισμούς. Οι στόχοι της μεταρρύθμισης προσδιορίστηκαν ως εξής :

1. Άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας
2. Κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης και της αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των πολιτών
3. Διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ
4. Συγκρότηση ολοκληρωμένων περιφερειακών συστημάτων υγείας
5. Αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων
6. Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας
7. Επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού

8. Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών
9. Ορθολογική κατανομή και αποτελεσματικότητα διαχείριση των πόρων
10. Καθιέρωση αποτελεσματικών ελέγχων και
11. Ανάπτυξη πολιτικών τεκμηριωμένης άσκησης της ιατρικής

Η υλοποίηση της μεταρρύθμισης ξεκίνησε το 2001 με τον νόμο 2889 περί βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ. Ο νόμος αναφερόταν σε τρεις βασικούς άξονες της μεταρρύθμισης :

- Την περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ με την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥΠ)
- Τη λειτουργική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και την εισαγωγή του θεσμού των διοικητών
- Τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού

4.1.2. Αναποτελεσματικότητα Ελληνικών Νοσοκομείων

Είναι πλέον γεγονός ότι ο τομέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους και πολύπλοκους τομείς μιας κοινωνίας. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στην οικονομία, στην επιστήμη και στις ανθρώπινες αξίες. Από τη μεταπολεμική περίοδο διαπιστώνεται η αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας με κύρια χαρακτηριστικά το αυξανόμενο οικονομικό κόστος, την αδυναμία περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων και ικανοποίησης του αιτήματος των πολιτών για ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των ασθενών και των ιατρών και κατά επέκταση το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης επιτείνουν την αναποτελεσματικότητα του συστήματος δημιουργώντας ένα ισχυρό ιατρικό σώμα και μια υπερβολική κατανάλωση υπηρεσιών πέρα από το κοινωνικά άριστο επίπεδο.

Η πορεία του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από την αυξημένη συμμετοχή του δημόσιου τομέα και τον προσανατολισμό του , μετά

την ίδρυση του ΕΣΥ, προς μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες και την αντίστοιχη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα. Το 50% των δημόσιων νοσοκομείων συγκεντρώνονται στις γεωγραφικές περιφέρειες της Αθήνας και της Μακεδονίας ενώ η Ήπειρος και η Θράκη είναι οι φτωχότερες περιφέρειες σε ότι αφορά την ανάπτυξη των κλινών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών υπολογίζεται στις 8 ημέρες για το σύνολο της χώρας ενώ η μέση πληρότητα των κλινών στο 78% δείχνοντας μια υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών η οποία φαίνεται να οφείλεται στην άνιση κατανομή κλινών και του εξοπλισμού των νοσοκομείων ανά περιφέρεια και όχι στην έλλειψη κλινών.

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο νοσοκομειακό τομέα, κύριο χαρακτηριστικό είναι από τη μία πλευρά η μεγάλη αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια 1995-2005 και από την άλλη οι γεωγραφικές ανισότητες κατανομής. Ταυτόχρονα παρατηρείται βελτίωση στην κατανομή των ιατρών και νοσηλευτών ανά κλίνη στην περιφέρεια η οποία όμως δεν έφτασε τα επίπεδα των αστικών περιοχών. Κύριο πρόβλημα του ανθρώπινου δυναμικού είναι ο πολύ μεγάλος αριθμός ιατρών, άνισα κατανεμημένων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και ειδικότητα. Αυτό συνεπάγεται την αύξηση των δαπανών υγείας διαμέσου της προκλητής αύξησης του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς όμως την ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Οι νοσοκομειακές μονάδες χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό ο οποίος καλύπτει ένα μέρος των επενδύσεων, την μισθοδοσία του προσωπικού και τις κατά περιόδους ρυθμίσεις χρεών προς τους προμηθευτές από τους ασφαλιστικούς φορείς μέσω του κλειστού νοσηλίου και από ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Για τον υπολογισμό του νοσηλίου δεν λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος και βασικοί συντελεστές όπως η κατηγορία της ασθένειας, η ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που παρέχεται ανά ασθενή. Αποτέλεσμα της πολιτικής αυτής είναι η εμφάνιση και η σταθερή διόγκωση

των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και η κάλυψή τους με επιπλέον κρατική επιχορήγησης.

4.1.3. Συμπέρασμα

Παρά την σημαντική πρόοδο που σημειώθηκε κατά την διάρκεια της προηγούμενης 10ετίας με την ανέγερση και την λειτουργία σύγχρονων νοσοκομείων, την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού και τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για ουσιαστικό εκσυγχρονισμό στη διοίκηση και την οργάνωση, παρατηρήθηκαν αδυναμίες στη λειτουργία των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων. Αυτό οφείλεται :

- στην ανεπαρκή οργάνωση του εθνικού και περιφερειακού μηχανισμού διοίκησης,
- στην απουσία σύγχρονης «κουλτούρας διοίκησης»
- στην απουσία πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού
- την ανεπαρκή οργάνωση και διαχείριση των πληροφοριών
- στην περιορισμένη βελτίωση οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης
- στην ανορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων
- στην χαμηλή αποδοτικότητα των πόρων
- στην έλλειψη μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας και τέλος
- στην αδυναμία εμπέδωσης συμπεριφορών και νοοτροπίας σεβασμού του πολίτη και των αρχών λειτουργίας του συστήματος

Μετά από την παραπάνω ανάλυση διαπιστώνουμε ότι με την ανάπτυξη του ΕΣΥ και με τις μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν, η Ελλάδα εισήλθε στη διαδικασία μιας συνεχούς και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξη προς την κατεύθυνση της συγκρότησης ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του πολίτη. Οι περιφερειακές και κοινωνικές ανισότητες έχουν περιορισθεί σημαντικά, ενώ η χώρα διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο σύγχρονων νοσοκομείων, εξειδικευμένων

μονάδων και υπηρεσιών που υπηρετείται από υψηλού επιπέδου επιστημονικό, νοσηλευτικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό.

Μπορεί να σημειώθηκε κάποια πρόοδο όμως ο υγειονομικός τομέας και γενικότερα τα νοσοκομεία συνεχίζουν να εμφανίζουν προβλήματα στην οργάνωση και στη λειτουργία τους, στη χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα, στην πρόσβαση και στην παροχή υπηρεσιών, με μεγάλο αριθμό ιατρών και ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό και με στοιχεία αντιδεοντολογική συμπεριφοράς από την πλευρά των ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.

5.1. Γενικά

Τα τελευταία χρόνια υπό το βάρος των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων, το κόστος για το υγειονομικό τομέα και η παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα μόνιμο πρόβλημα για όλες τις κυβερνήσεις και οργανισμούς δημόσιους και ιδιωτικούς, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με την παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών. Η σπανιότητα των οικονομικών πόρων έφερε στο προσκήνιο μια σειρά από πολιτικές για την συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί, επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που θα την υποστούν μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας.

Στις προηγούμενες αλλά και στην τωρινή οικονομική κρίση, μια συχνή αντίδραση πολλών κυβερνήσεων είναι η περικοπή των δαπανών για την υγεία.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης δεν πρέπει να γίνεται περικοπή των δαπανών για ζητήματα υγείας καθώς η περικοπή οδηγεί σε μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης και αυτή με τη σειρά της επιδρά άμεσα και επιβαρυντικά τόσο στα άτομα όσο και στα συστήματα υγείας.

Ωστόσο, οι περικοπές αυτές γίνονται με αποτέλεσμα να εξασθενούν το σύστημα υγείας και προσθέτουν μια κρίση που μπορεί να έχει ακόμη πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις από ότι η οικονομική κρίση.

Αυτό σημαίνει ότι η αντιμετώπιση μιας βραχυχρόνιας οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που να προκαλέσει μια μακροχρόνια καταστροφή της υγείας, καθώς μέσα από αυτήν οι οικογένειες δεν θα καταφέρουν να αναρρώσουν, ακόμη και αν η οικονομία ανακάμψει.

Η επιστημονική έρευνα διεθνώς και στη χώρα μας, έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού (αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας), τα οποία κατανέμονται διαφορετικά την κοινωνική κλιμάκωση (με επιβάρυνση των μη ευνοημένων κοινωνικών ομάδων) εξ αιτίας ανάδυσης παραγόντων κινδύνων, οι οποίες προσδιορίζονται από το κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο.

Επίσης, έχει δειχθεί ότι τα προγράμματα διεθνούς οικονομικού ελέγχου τα οποία χαρακτηρίζονται από περιστολή της δημοσίας δαπάνης για την υγεία προκαλούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό-επιδείνωση του επιπέδου υγείας (αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης).

Υπό την έννοια αυτή έχει ήδη επισημανθεί ότι η οικονομική κρίση στη χώρα μας έχει δυσμενή επίπτωση στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας και ιδιαίτερα στα ψυχικά νοσήματα, φαινόμενα τα οποία συνδέονται κυρίως με την αύξηση της ανεργίας και της απειλής απώλειας της εργασίας.

5.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον άνθρωπο :

-Κίνδυνοι στην υγεία των ανθρώπων

Η επιδείνωση των δεικτών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης με αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις

αυτοκτονίες συνιστά ύψιστη προτεραιότητα. Η συμβολή των δικτύων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου στα νοσήματα αυτά είναι άμεση και επιτακτική.

Επιπροσθέτως, ο επαναπροσανατολισμός της εθνικής υγειονομικής πολιτικής σε μέτρα δημόσιας υγείας συνιστά προτεραιότητα με έμφαση την εισαγωγή μέτρων περιορισμού του καπνίσματος, της χρήσης οινόπνευματων, την κατανάλωση λιπαρών και τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε άλας, με τη θέσπιση ειδικής φορολογίας.

Παρά το γεγονός ότι από μερικές πλευρές η χρήση ανάλογων τεχνικών θεωρείται αντιδημοτική, εν τούτοις η έρευνα έχει δείξει ότι έχουν υψηλή αποδοτικότητα και συμβάλλουν σε μείζονα βαθμό στη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

- Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων

Τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα μυοσκελετικά νοσήματα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιβάρυνσης του φορτίου νοσηρότητας, αλλά και της υγειονομικής δαπάνης. Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει την ύψιστη σημασία της συνέχειας της φροντίδας στην επίτευξη ευνοϊκών αποτελεσμάτων διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων. Το πεδίο αυτό αποτελεί πλεονεκτικό χώρο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτή την κατεύθυνση η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών αποκτά ένα επιπρόσθετο επιχείρημα.

-Φαρμακευτική πολιτική

Η φαρμακευτική αγορά της χώρας σήμερα χαρακτηρίζεται από υπερβάλλουσα, αλλά μη αποτελεσματική κρατική παρέμβαση.

Τα προηγούμενα χρόνια, εκτεταμένες κρατικές παρεμβάσεις έχουν δείξει ακριβώς αντίθετα, από τα επιδιωκόμενα, αποτελέσματα (ελλείψεις, υποκατάσταση φθηνότερων αποτελεσματικών φαρμάκων με ακριβά και ενίοτε εξίσου ή οριακά αποτελεσματικότερα φάρμακα). Ως παρεμβάσεις με αναμενόμενη υψηλή αποτελεσματικότητα προτείνονται η έμφαση στα

γενόσημα φάρμακα (με διασφάλιση της ποιότητας) με σαφή ανατιμολόγηση καθώς και η εξέταση της θέσπισης ασφαλιστικής τιμής αναφοράς, ώστε να εκφράζονται οι προτιμήσεις των χρηστών και η ελεγχόμενη και τεκμηριωμένη συνταγογράφηση τα των ιατρών.

Η πολιτική εισαγωγής νέου πλαισίου προσδιορισμού των ποσοστών συνασφάλισης οφείλει να τεκμηριωθεί και να επιδιωχθεί επίσης, με κατεύθυνση την ενίσχυση πλην της αποδοτικής χρήσης των πόρων της δίκαιης κατανομή των βαρών.

-Ανθρώπινο δυναμικό

Η τρέχουσα συγκυρία εξ' αιτίας των δημοσιονομικών περιορισμών δεν επιτρέπει τη συνολική επέκταση των ανθρωπίνων πόρων, αλλά επιβάλλει παρεμβάσεις αναδιάρθρωσης με έμφαση στην ενίσχυση του νοσηλευτικού τομέα και ευρείας έκτασης επανεκπαίδευση του διοικητικού προσωπικού στις νέες τεχνολογίες και την διαχείριση των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων. Ο περιορισμός αυτός σε συνδυασμό με την απόλυτη ακαμψία στη διαχείριση του ήδη υπάρχοντος δυναμικού και τις ανάγκες για αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών μονάδων καθιστά αναγκαία την οριζόντια και κάθετη κινητικότητα των λειτουργών υγείας, πράγμα το οποίο συνδέεται με αλλαγές στη διάρθρωση των δημόσιων επιχειρήσεων υγειονομικής περίθαλψης και την εισαγωγή ενός πλαισίου κινήτρων-βαντικινήτρων για την αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών.

-Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία

Η διεθνής εμπειρία, αλλά και τα διαθέσιμα δεδομένα από τη χώρα μας, έχουν δείξει ότι τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί σε εκρηκτικό βαθμό οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία μεταξύ αυτών τα διαφορετικά φορτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ανάμεσα στα εισοδηματικά στρώματα, οι σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και άλλα σχετικά.

Δοθέντος ότι αυτού του τύπου οι ανισότητες είναι πλέον δυσμενείς από πλευράς κοινωνικών αξιών, απαιτούνται σημαντικές δράσεις για την αναστολή τους. Μεταξύ αυτών, τα διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής στην υγειονομική δαπάνη, με κανόνα την ανάλογη σχέση με το εισόδημα και την αντιστρόφως ανάλογη με την ανάγκη και τη βαρύτητα της νόσου, καθώς και οι στοχευμένες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα αδύναμα εισοδηματικά στρώματα, είναι από τις πλέον αποτελεσματικές.

Στο πλαίσιο αυτό, οι πληττόμενες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού (άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, άτομα με εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας και άλλοι) μπορεί να έχουν παντελώς ελεύθερη πρόσβαση κυρίως την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γενικά στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα.

-Καταστροφικές δαπάνες

Συγγενές με το προηγούμενο ζήτημα είναι το θέμα των καταστροφικών δαπανών, ήτοι των δαπανών εκείνων που ανακύπτουν από σημαντικά ή/και αιφνίδια προβλήματα υγείας και εκτείνονται σε τέτοιο σημείο, ώστε να απειλείται η οικονομική βιωσιμότητα των νοικοκυριών. Υπολογίζεται ότι ποσοστό έως και 2,5% των νοικοκυριών ετησίως υφίσταται τέτοιου τύπου δαπάνες υγείας. Η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, επιβάλλει την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος με τη συγκρότηση μηχανισμού υποστήριξης και αναπλήρωσης του εισοδήματος.

5.3.Το Ε.Σ.Υ. και η οικονομική κρίση

Παρά την πρόοδο σε ότι αφορά στην ποσοτική μεγέθυνση και την ποιοτική αναβάθμιση του υγειονομικού συστήματος, το Εθνικό Σύστημα Υγείας(Ε.Σ.Υ.) συνεχίζει να εμφανίζει προβλήματα και δυσλειτουργίες, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών είναι σε χαμηλά επίπεδα αναλογικά με την πρόοδο που επιτεύχθηκε.

Απουσία εθνικής πολιτικής και στρατηγικής υγείας, προβλήματα σύγχρονης οργάνωσης και επαρκούς λειτουργίας των υπηρεσιών, ελλιπής οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναχρονιστικό σύστημα χρηματοδότησης, χαμηλή αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα, αναποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων, ανεπαρκής ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, προβλήματα στην εξυπηρέτηση των πολιτών και ανεπάρκεια πολιτικών ποιότητας και υποδομών είναι μερικά από τα σημεία κριτικής του συστήματος υγείας.

Στην 20ετή διαδρομή του Ε.Σ.Υ. τα νοσοκομεία αποτέλεσαν το πεδίο στο οποίο εκδηλώθηκαν οι μεγαλύτερες παρεμβάσεις της πολιτείας, οι οποίες στόχο είχαν την ανάπτυξη των υποδομών, την στελέχωση και την αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Σήμερα η κριτική επικεντρώνεται σε θέματα που έχουν σχέση είτε με τις συμπεριφορές και τις νοοτροπίες των υπηρετούντων ιατρών και νοσηλευτών, είτε με ανεπάρκειες στην οργάνωση και στη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την ακατάλληλη υποδομή και τον ανεπαρκή τεχνολογικό εξοπλισμό ορισμένων νοσοκομείων, την άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και του τεχνολογικού εξοπλισμού μεταξύ αστικών και περιφερειακών νοσοκομείων, την χαμηλή αποδοτικότητα των πόρων και την ανορθολογική κατανομή τους και τη χρήση τους, τον έντονο παρεμβατισμό του κράτους στον τομέα της χρηματοδότησης των νοσοκομείων, τον ελλιπή σχεδιασμό της διοίκησης – διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων, τις μεγάλες διακυμάνσεις στην ποιότητα και στην ποσότητα των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες υγειονομικές περιφέρειες και στην αδυναμία εμπέδωσης συμπεριφορών και νοοτροπίας σεβασμού του πολίτη.

5.4. Παράδειγμα : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Όλα τα ανωτέρω, σε συνδυασμό, αποτελούν ένα «εκρηκτικό» μίγμα.

Ζούμε την έναρξη μιας σοβαρότατης υγειονομικής – ανθρωπιστικής κρίσης.

Για παράδειγμα θα αναφερθώ στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όπως έγραψε πηγή από το Υπουργείο Υγείας.

Είναι σαφές πως τα προβλήματα στο χώρο της υγείας τείνουν να λάβουν δραματικά χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι η χώρα συνεχίζει να “προτιμά” τις παραδοσιακού τύπου παρεμβάσεις (π.χ. οριζόντια μέτρα) ενώ το ζητούμενο είναι η αλλαγή του τρόπου προσέγγισης της δημόσιας πολιτικής, η αλλαγή του παραδείγματος παρέμβασης (διαρθρωτικές αλλαγές). Μέχρι τώρα, η περικοπή των δαπανών στην υγεία στοχεύει σε λογιστικού τύπου συγχωνεύσεις υπηρεσιών και σε μείωση της τιμής της φαρμακευτικής δαπάνης, αγνοώντας ότι υπάρχουν παρεμβάσεις που μπορούν να επιφέρουν μεγάλη προστιθέμενη αξία τόσο στην ποιότητα των υπηρεσιών όσο και στη συγκράτηση των δαπανών. Τρανταχτό παράδειγμα αποτελεί η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Η ίδρυση του ήταν μια αναγκαιότητα εδώ και δεκαετίες. Πως προσπαθήσαμε όμως να απαντήσουμε σε ένα υπαρκτό πρόβλημα, αυτό της πολυδιάσπασης των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και του χώρου της ΠΦΥ;

Με το γνωστό τρόπο, δηλαδή κυρίως με νομοθετικού τύπου παρεμβάσεις αγνοώντας όλα τα υπόλοιπα, όπως π.χ. τη διασφάλιση της ποιότητας του σχεδιασμού, τη διασφάλιση των απαιτούμενων μηχανισμών υλοποίησης (τόσο στην κεντρική όσο στις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου) ικανών να φέρουν εις πέρας ένα τόσο δύσκολο εγχείρημα κλπ.

Έτσι ο ΕΟΠΥΥ στα σχεδόν 2 χρόνια λειτουργίας του δεν προώθησε καμία ενέργεια για την ανασυγκρότηση και ενοποίηση του χώρου της ΠΦΥ.

Ως προς τον υποτιθέμενο στόχο του ελέγχου του κόστους και της μείωσης της δαπάνης η ενοποίηση των ταμείων δεν επέφερε καμία ουσιαστική αλλαγή.

Γιατί αυτό που βλέπουν οι εταίροι μας εμείς δεν το θεωρούμε λύση? Η πρόταση της Task Force.

Στα τέλη Νοεμβρίου του 2012 η Task Force υπέβαλε στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας ένα σχέδιο δράσης του οποίου οι προτάσεις

συμπυκνώνονται στο εξής: για να μην μείνουν οι νόμοι στα χαρτιά πρέπει ο ΕΟΠΥΥ να είναι ικανός να υλοποιήσει τους στόχους. Κατά συνέπεια πρέπει πρωτίστως να αντιμετωπιστεί η διοικητική και οργανωτική ανεπάρκεια **του**. Συγκεκριμένα πρότεινε:

να δημιουργηθεί μια ικανή ομάδα διοίκησης: πρόσληψη μιας ομάδας μάνατζερ 6 από το εξωτερικό και 9 από την Ελλάδα (εμείς βεβαίως εμμένουμε στη μονοπρόσωπη διοίκηση με στελέχη ξένα προς το χώρο της υγείας τα οποία αλλάζουμε σε συνεχή βάση).

να μετασχηματιστεί: από μείγμα παρόχου και αγοραστή υπηρεσιών υγείας σε οργανισμό αμιγώς κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

να παράξει ενιαίο πακέτο παροχών: αλλά και να αξιολογηθεί αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι όντως απαραίτητες.

Η ενοποίηση και η ανασυγκρότηση του χώρου της ΠΦΥ.

Το μεγάλο πρόβλημα στο χώρο της υγείας δεν είναι η χρηματοδότηση (ή καλύτερα δεν είναι αποκλειστικά η χρηματοδότηση) αλλά η διοικητική και οργανωτική ανυπαρξία του συστήματος η οποία αφήνει ανεξέλεγκτη την προσφορά και αναγκάζει τους πολίτες να περιφέρονται ασκόπως μέσα στο ΕΣΥ.

Η αναδιοργάνωση του χώρου της ΠΦΥ (πέραν μιας σειράς άλλων ενεργειών που μπορούν να αναληφθούν για την συνολική αναδιοργάνωση του ΕΣΥ) δύναται:

να **αποφορτίσει τα νοσοκομεία** και άρα να καταστήσει πιο εύκολη την ανασυγκρότησή τους (μετρήσεις δείχνουν ότι πάνω από 30% των επισκέψεων στα νοσοκομεία θα είχαν αποφευχθεί, αν υπήρχε ορθολογικά οργανωμένη ΠΦΥ)

- να αντιμετωπίσει την **διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων** προσφέροντας τεράστια προστιθέμενη αξία στην προστασία του πληθυσμού μειώνοντας ταυτόχρονα το κόστος.

Το δίκτυο της ΠΦΥ

Υπάρχουν όμως οι δομές και οι ανθρώπινοι πόροι για την λειτουργία ενός αξιόπιστου συστήματος ΠΦΥ?

Όχι μόνο υπάρχουν αλλά βρίσκονται και σε αφθονία. Η χώρα διαθέτει ένα εξαιρετικά πυκνό δίκτυο δομών ΠΦΥ το οποίο όμως υποχρησιμοποιείται. Οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι οι μονάδες του ΕΟΠΥΥ δουλεύουν σε σχέση με την θεωρητική τους χωρητικότητα σε ποσοστό μικρότερο του 40%. Το ίδιο συμβαίνει και με τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.

Πόσες δομές διαθέτει η χώρα;

209 Κέντρα Υγείας (εκ των οποίων τα 8 είναι αστικού τύπου),

89 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία,

1460 Περιφερειακά Ιατρεία,

43 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία.

Με τι ανθρώπινο δυναμικό;

Σύνολο 7.987 ατόμων ως εξής: 3073 γιατροί,

2.375 νοσηλευτικό προσωπικό και

2.539 λοιπό προσωπικό.

Στα παραπάνω πρέπει να προστεθούν και οι αντίστοιχες δομές υγείας του ΙΚΑ (οι οποίες πέρασαν στην εποπτεία του ΕΟΠΥΥ).

Πρόκειται για περίπου 350 δομές με 10.928 ανθρώπινο δυναμικό (εκ των οποίων οι 6.670 ιατροί). Επιπλέον πρέπει να προστεθούν τα δημοτικά ιατρεία.

Με άλλα λόγια η ΠΦΥ διαθέτει πάνω από 560 δομές και σχεδόν 20.000 ανθρώπινο δυναμικό. Ενώ υπάρχουν πόροι, η ΠΦΥ εξακολουθεί να λειτουργεί αποσπασματικά, χωρίς συντονισμό και να χαρακτηρίζεται από πληθώρα στρεβλώσεων με κυριότερες, την έλλειψη συστήματος παραπομπών των πολιτών στο σύστημα υγείας (και κατά συνέπεια την αδυναμία ανάσχεσης του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία), τη μη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, την εξαιρετική αδυναμία ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης.

Με άλλα λόγια η ΠΦΥ συνεχίζει να λειτουργεί **με λάθος παράδειγμα**.

Μετά τα παραπάνω φαίνεται ότι το, άλλοτε ρομαντικό, μα αναγκαίο όραμα μιας ομάδας πρωτοπόρων γιατρών (Αυγερινός, Παπαδέλης, Σπάγγος, Σισούρας) αλλά και ορισμένων συνδικαλιστών υπό τον Γιώργο Γεννηματά για ένα σύστημα Υγείας με επίκεντρο τον Έλληνα πολίτη το νοσεί στα ράντζα των νοσοκομείων και στις ατελείωτες ουρές των ασθενών. Η πρωτοβάθμια Υγεία ουδέποτε οργανώθηκε, όπως προέβλεπε το νομοσχέδιο, ο οικογενειακός γιατρός αποδείχτηκε ουτοπία και το αγαθό της Υγείας συγκρούστηκε μετωπικά με τη σκληρή πραγματικότητα του Μνημονίου και της κρίσης.

5.5. Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας :

Όπως αναφέραμε τα τελευταία χρόνια ο θεσμός του νοσοκομείου δέχεται πολλές πιέσεις. Αυτό οφείλεται λόγω των εξελίξεων στην κλινική πρακτική και την βιοϊατρική τεχνολογία, στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου και τη δημογραφική γήρανση αλλά και την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών.

Οι πιέσεις αυτές προκαλούν οργανωτικές και λειτουργικές εντάσεις και ωθούν σε διαρθρωτικές αλλαγές, οι οποίες διευκολύνουν την επίτευξη οικονομικών στόχων δια του ελέγχου του κόστους και της βελτίωσης της αποδοτικότητας.

Η αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων βασίζεται στην προσπάθεια ανταπόκρισης στις ανάγκες και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας με ενίσχυση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων.

Οι τάσεις οι οποίες καταγράφονται σε διεθνή κλίμακα βασίζονται σε τρεις βασικούς άξονες :

- συγχώνευση νοσοκομείων και μείωση νοσοκομειακών κλινών
- ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ενίσχυση και αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η διοίκηση και η διαχείριση των νοσοκομείων ως επιχειρησιακών μονάδων υψηλού καταμερισμού της εργασίας και έντασης τεχνολογίας με μεγάλους προϋπολογισμούς είναι αναγκαίο να ανατεθεί σε ειδικούς (με κατάλληλες σπουδές και εμπειρία) και να υποστηριχτεί από δομές συναινετικού management.

Συνακόλουθα η αλλαγή των οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας των νοσοκομείων καθίσταται επιτακτική ώστε να ενσωματωθούν οι οργανωτικές, διοικητικές και τεχνολογικές προκλήσεις.

Είναι χρήσιμο η επανεξέταση του ζητήματος εποπτείας και ελέγχου ανά επίπεδο διοίκησης ώστε τα νοσοκομεία εθνικής διαπεριφερειακής εμβέλειας να υπάγονται στην κεντρική διοίκηση, τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία στην περιφερειακή διοίκηση και η πρωτοβάθμια φροντίδα στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η ιδιότυπη κατάσταση στο εσωτερικό των νοσοκομείων είναι αναγκαίο να αρθεί με ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας.

Η αποζημίωση με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες οι οποίες καταχωρίζονται ανά νοσοκομείο και προσαρμόζονται με τις μετακινήσεις των ασθενών είναι επιβεβλημένη και μπορεί να συμβάλλει στην αποδοτική και δίκαιη κατανομή των πόρων.

Στην διεθνή πρακτική για την ενίσχυση της αποδοτικής χρήσης των πόρων και τη βελτίωση της φροντίδας έχουν επιχειρηθεί αλλαγές οι οποίες περιλαμβάνουν παρεμβάσεις όπως οι ακόλουθες :

- Σύμπλεγμα νοσοκομείων με ενιαία νομική και διοικητική προσωπικότητα
- Δίκτυο νοσοκομείων με προγραμματική συμφωνία μεταξύ νοσοκομείων και ενδεχομένως κοινό management
- Ανοιχτό νοσοκομείο
- Κλινικές και χειρουργεία ημέρας

- Ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου και κατ' οίκον φροντίδα
- Κλινικό κέντρο αναφοράς για χρόνιες παθήσεις (υπέρταση, διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νοσήματα αγγείων και εγκεφάλου)
- Συγχωνεύσεις δομών και σταδιακή μείωση / υποκατάσταση κλινών
- Ολοκληρωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας όσο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας της μείωσης των κλινών δεν μεταβάλλονται. Επίσης, το ποσοστό των επανεισαγωγών και των επισκέψεων στους ιατρούς παραμένουν σταθερά. Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Ν. Υόρκης η συγκέντρωση των υπηρεσιών επηρεάζει αρνητικά την πρόσβαση των ασθενών σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει απειλή για την ανθρώπινη ζωή, όπως για εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ δεν καταγράφεται καμία επίδραση στις περιπτώσεις αντικαρκινικής θεραπείας. Αντιθέτως, ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα καταγράφονται στις περιπτώσεις όπου μικρές νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, καταργούνται και μετατρέπονται σε μεγάλα κέντρα υγείας ικανά να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού και να διαχειριστούν το μικρό κίνδυνο. Τα αποτελέσματα πολλαπλασιάζονται όταν η διασύνδεση αυτών των μονάδων με δομές υψηλότερης βαθμίδας είναι στενή και άμεση.

Η πραγματικότητα είναι ότι, παρόλο που την τελευταία δεκαετία πολλές χώρες επιχειρούν αναδιάρθρωση στον νοσοκομειακό τομέα, η Ελλάδα έχει και τις πρόσθετες δικές της ιδιαιτερότητες, που οφείλονται σε ιστορικούς κοινωνικούς και πολιτικούς λόγους, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι :

1. Η μεταβολή στο επιδημιολογικό προφίλ επιβάλλει τις αντίστοιχες μεταβολές. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των νοσοκομείων της χώρας σχεδιάστηκαν πριν από πολλά χρόνια, με τα δεδομένα της ιατρικής και της

νοσηρότητας της εποχής και για έναν πολύ νεώτερο πληθυσμό. Δεν είναι παράξενο ότι αρκετά από τα σημερινά νοσοκομεία λειτούργησαν για πρώτη φορά και για πολλά χρόνια ως Σανατόρια για πάσχοντες από φυματίωση, ή ως Ιδρύματα για τη νοσηλεία πασχόντων από λοιμώδη νοσήματα και άλλες ασθένειες που σήμερα είναι άγνωστες. Παράλληλα, η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί ανάγκες που δεν ήταν τόσο έντονες πριν από 50 χρόνια.

2. Ο πολιτικός παράγοντας έχει παίξει το ρόλο του και στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, κληροδοτώντας στη σύγχρονη εποχή πολλά προβλήματα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που νοσοκομεία ιδρύθηκαν με καθαρά τοπικιστικά κριτήρια πολιτικών με ιδιαίτερη ισχύ. Πολλά «δίπολα» γειτονικών πόλεων, το καθένα με το δικό του νοσοκομείο, έχουν δημιουργήσει μια ιδιαίτερη δαπανηρή και κυρίως αναποτελεσματική κληρονομιά.
3. Τα πληθυσμιακά και συγκοινωνιακά δεδομένα τα οποία επέβαλλαν τη δημιουργία πολλών μικρών μονάδων διασπαρμένων σε όλη την επικράτεια. Πριν από 50 και περισσότερα χρόνια ο πληθυσμός της Ελλάδας ήταν κατανεμημένος πολύ πιο ισορροπημένα και τα μεγάλα αστικά κέντρα δεν ήταν όπως σήμερα. Την ίδια εποχή, το συγκοινωνιακό δίκτυο ήταν υποβαθμισμένο και πολλές περιοχές ήταν απομονωμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Σήμερα, όσοι κατοικούν σε πολλές γειτονικές πόλεις της επαρχίας με δικά τους νοσοκομεία έχουν πρόσβαση στο νοσοκομείο της άλλης πόλης σε χρόνο μικρότερο από αυτόν που απαιτείται για πολλούς κατοίκους του Λεκανοπεδίου της Αττικής ή της Θεσσαλονίκης.
4. Οι ιστορικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν παίξει ρόλο στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής υποδομής. Η αδυναμία του κράτους να καλύψει τις ανάγκες σε διάφορες ιστορικές στιγμές καλύφθηκε από μεγάλες δωρεές

και από κληροδοτήματα, τα οποία μπορεί να πρόσφεραν πολλά όταν έγιναν, αλλά σήμερα αποτελούν εμπόδιο στο σωστό υγειονομικό σχεδιασμό. Η συχνά συνταγματική κατοχυρωμένη αποστολή ενός θεραπευτηρίου, η υποχρεωτική συμμετοχή του κληροδοτήματος στη Διοίκηση, οι περιορισμοί στην χρήση ακόμη και κτιρίων μέσα σε ένα νοσοκομείο, αποτελούν εμπόδιο στο σωστό σχεδιασμό.

5. Η σημερινή οικονομική συγκυρία, με τη διαπιστωμένη ανάγκη του Κράτους πρώτον να εξαλείψει τα ελλείμματα και μετά να μειώσει το δημόσιο χρέος δημιουργούν ασφυκτικές δημοσιονομικές συνθήκες. Στο πλαίσιο αυτό η αναζήτηση μεγαλύτερης αποδοτικότητας στο δημόσιο οδηγεί αναπόφευκτα και στην ανάγκη για αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών πόρων.

5.6. Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Οι διαρθρωτικές αλλαγές οι οποίες επιχειρούνται διεθνών και στη χώρα μας αποσκοπούν :

- στη συγκράτηση της δαπάνης και τη μείωση του κόστους παραγωγής και ως εκ τούτου στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κατανομής των σπάνιων υγειονομικών πόρων
- στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των χρηστών
- στην επίτευξη οικονομίων κλίμακας και φάσματος ώστε να αρθούν τα φαινόμενα αντιστοιχιών και φθινουσών αποδόσεων

5.7. Συμπέρασμα

Το σύστημα υγείας στη χώρα, εμφανίζει σημαντικά προβλήματα σε όλα τα στάδια της διαδικασίας μετασχηματισμού των υγειονομικών πόρων σε αποτελέσματα υγείας, εκτεινόμενα από τις βασικές χρηματοοικονομικές ροές (α σφάλιση, κρατική συμμετοχή, ίδιες πληρωμές) έως τις τελικές εκβάσεις για τους χρήστες και το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Παράλληλα, οι βασικές του δομές υστερούν σημαντικά σε οργανωτικό επίπεδο και σε καίρια ζητήματα, όπως το φάσμα των παραγόμενων προϊόντων.

Η τρέχουσα οικονομική κρίση εντείνει τα φαινόμενα αυτά στην υγεία και το σύστημα υγείας.

Τα μέτρα περιστολής της υγειονομικής δαπάνης και ως εκ τούτου μείωσης των εισροών, τα οποία συνοδεύουν τις δανειακές συμβάσεις επιδεινώνουν τα προβλήματα και επιπροσθέτως δεν είναι εφικτά υπό τις παρούσες συνθήκες.

Η αναζήτηση λύσεων το συντομότερο δυνατό είναι, δίχως άλλο επιτακτική. Παρά ταύτα, η αναζήτηση αυτή οφείλει να εστιάζει πάντα στην εύρεση της “χρυσής τομής” μεταξύ της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και της ισότητας στις υπηρεσίες και τα αποτελέσματα παρεμβάσεων.

Η επιλογή ανάμεσα στις ατέλειες των ρυθμιστικών κρατικών παρεμβάσεων και τις στρεβλώσεις των αγορών είναι δυσχερής. Η επίτευξη της αποδοτικότητας και της ανισότητας ωθεί στην αναζήτηση των αναγκαίων αναδιαρθρώσεων στον υγειονομικό τομέα, ώστε σε άκρως περιοριστικές συνθήκες να αποφευχθεί ένα πιθανό *collapsus* και ταυτόχρονα να επιτευχθεί η ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας.

Είναι προφανές ότι η αναστροφή των υφιστάμενων κοινωνικοοικονομικών όρων και η επιστροφή στην αναπτυξιακή διαδικασία συνιστούν παράλληλα την ικανή είναι αναγκαία συνθήκη υπεράσπισης του δημόσιου ελέγχου του συστήματος υγείας στη χώρα μας.

Η αποδοτικότητα μιας μονάδας υγείας καθορίζεται όχι μόνο από το μέγεθός της αλλά και από άλλους παράγοντες όπως το είδος των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, η βαρύτητα των περιστατικών που δέχεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια η απόφαση για τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων ή τη μείωση των κλινών δεν πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις.

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως για παράδειγμα το οικονομικό κόστος μετακίνησης των ασθενών στις μονάδες υγείας, το κόστος χρόνου, καθώς και την ανάγκη ύπαρξης μια συγκεκριμένη υπηρεσίας σε μια περιοχή με βάση το φορτίο νοσηρότητας ή την ανάγκη δημιουργίας μια μονάδας επειγόντων περιστατικών.

5.8.Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο

Οι εργασίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 2001 στο Γκέτενμποργκ (Υφαντόπουλος,2003) είχαν ως αποτέλεσμα μία έκθεση, στην οποία διατυπώνονταν οι εξής στόχοι:

1. η διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας
2. η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας
3. η οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Δημιουργήθηκε λοιπόν, το τρίπτυχο των στόχων:

ισότητα – ποιότητα –αποδοτικότητα

Η συνεργασία των τριών αυτών αρχών σημαίνει την αλλαγή της πολιτικής στον τομέα της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Μέτρηση και Ανάλυση της Παραγωγικότητας και της Αποτελεσματικότητας των Νοσοκομειακών Μονάδων στην Ελλάδα», Διδακτορική διατριβή, Ρ. Καραγιάννη, 2007
2. «Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας», Τσουνής Α. Σαράφης Π.
3. «Κοινωνική-Κλινική Ψυχολογία των Εξαρτήσεων και των Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων», Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Θεσ/νίκης-ΟΚΑΝΑ. Καθηγητής Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας, MSc, MPH, PhD.
4. «Υπηρεσίες Υγείας Οργάνωση και Διοίκηση Αποδοτικότητα Ποιότητα», Μ. Καλογεροπούλου - Π. Μουρδουκουτας,
5. «Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας», Eleanor J. Sullivan – Phillip J. Decker
6. «Αξιολόγηση της Λειτουργίας και της Οικονομικής Αποδοτικότητας των Δημόσιων Νοσοκομείων της Περιφέρειας Κρήτης» Μεταπτυχιακή Εργασία, Ειρήνη Μωραΐτη, 2009
7. «Βασικές Αρχές Οργάνωσης Δημόσιου Νοσοκομείου ή Ιδιωτικού», Πτυχιακή Εργασία, Ελισάβετ Μωραΐτη – Γκολέμη Μαρσέλα, 2012
8. «Δεξιότητες – Ικανότητες και Ρόλοι Στελεχών της Νοσηλευτικής», Κελέση Σταυροπούλου Μάρθα - Σταυροπούλου Αρέτη
9. «Τι είναι τα Οικονομικά της Υγείας» Διάλεξη, Μιχάλης Χλέτσος, Αν. Καθηγητής
10. « Η Αναδιάταξη των Υπηρεσιών Υγείας : η περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης

- 11.«Η επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στα συστήματα υγείας και προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο», Ελληνικό περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Ευκαρπίδης Απόστολος
- 12.Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο «Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων»