

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Σ.Δ.Ο

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

**« ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ »**

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Ε. ΚΟΜΠΟΡΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΤΑΥΡΑΚΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	4
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Ορισμός της έννοιας υγεία.....	5
1.2.Η Υγεία ως «αγαθό» και συνταγματική προστασία.....	7
1.3.Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα.....	10
1.4.Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	16
1.4.1.Ορισμός της έννοιας σύστημα υγείας.....	18
1.4.2.Προσφορά συστημάτων υγείας.....	20
1.4.3.Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	20
1.4.4.Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Ορισμός της έννοιας Διοίκηση/Διαχείριση (Μάνατζμεντ).....	26
2.1.1.Λειτουργίες της Διοίκησης.....	26
2.2.Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας.....	30
2.2.1.Βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1.Ε.Σ.Υ. και Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας.....	32
3.1.1.Χρηματοδότηση:Πηγές χρηματοδότησης Ε.Σ.Υ.....	35
3.1.2.Δημόσια Νοσοκομεία.....	38

3.1.3.Ιδιωτικές Κλινικές.....	39
3.2.Ο Ιδιωτικός Τομέας στην Ελλάδα και ο ρόλος του.....	41
3.3.Η Πορεία του κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας.....	43
3.4.Οργάνωση και Λειτουργία των Ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών.....	48
3.5.Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας.....	50
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	53
Βιβλιογραφία.....	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελούνται τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας και ευρύτερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταβάλλουν συνεχώς το περιβάλλον στο οποίο βιώνεται η υγεία ενός λαού. Σε αυτό λοιπόν το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικό παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα.

Σε αυτή την εργασία θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε όσο το δυνατόν περισσότερο το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, την έννοια της διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το θεωρητικό σκέλος της εργασίας βασίζεται στο νομοθετικό πλαίσιο και σε βιβλιογραφία που είναι συναφής με το κομμάτι αυτό καθώς επίσης πολλά είναι και τα στοιχεία που αντλήθηκαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, την Hellastat, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Eurostat.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά της έννοιας της υγείας καθώς επίσης και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης κάνουμε και μια ιστορική αναδρομή του συστήματος της υγείας στην Ελλάδα και τις πηγές χρηματοδότησης του.

Σε ένα δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην έννοια της διοίκησης καθώς επίσης και στις λειτουργίες της στις Υπηρεσίες Υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά για τον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα, θα μιλήσουμε επίσης για τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα του, αλλά και την πορεία γενικά αυτού του κλάδου καθώς και για τα δημόσια νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΥΓΕΙΑ

Στην πορεία της κοινωνικοοικονομικής εξέλιξης, εμφανίστηκαν ποικίλες εκδοχές αναφορικά με το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας, οι οποίες ήταν άμεσα συνδεδεμένες με τις διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν σε διάφορες περιόδους. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις στο ζήτημα του προσδιορισμού της υγείας σε θεωρητικό επίπεδο, έλαβαν ιδιαίτερα μετά τις αρχές του 18^{ου} αιώνα διαστάσεις θεωρητικής διαμάχης, με αφορμή τον εννοιολογικό χαρακτήρα της υγείας, ενώ αρκετά χρόνια αργότερα, η διαμάχη αυτή μετατοπίστηκε στην οικονομική διάσταση του εν λόγω αγαθού, με αφορμή την αδυναμία χρηματοδότησης των υψηλών δαπανών υγείας των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων.

Η πιο απλή και συνηθισμένη εκδοχή που κυριαρχεί, όσον αφορά τον εννοιολογικό ορισμό της υγείας δεν είναι μόνο « η έλλειψη αναπηρίας ή νόσου» αλλά η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.

Σίγουρα

όμως αυτή η αντίληψη για την έννοια της υγείας δεν είναι και η πιο πλήρης. Η αρνητική αυτή αντίληψη της έννοιας της Υγείας δεν είναι αποτέλεσμα παρθενογένεσης ούτε αποτελούσε πάντοτε κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Ο εννοιολογικός ορισμός καθοριζόταν από την εκάστοτε ιστορική περίοδο, τις κοινωνικές συνθήκες και την πολιτική αντίληψη αναφοράς.

Στη μεγαλύτερη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας κοινή συνιστώσα και βασική αρχή της Υγείας αποτελούσε η ολιστική αντίληψή της ως εσωτερική

αρμονία του ατόμου και δυναμική ισορροπία του με την κοινότητα και το περιβάλλον. Στη διακήρυξη της Οτάβα {πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion)} το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας “να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον”. Η υγεία σ’ αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως “ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα”.

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι :

“Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια”

Για να γίνει αυτό πραγματικότητα απαιτείται, με βάση το χάρτη, όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- δημόσια πολιτική: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών.
- υγιές περιβάλλον: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος -στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας,
- υγιή τρόπο ζωής: με την αύξηση και οργάνωση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,
- υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης”.

1.2 Η Υγεία ως «αγαθό» και συνταγματική προστασία.

Ενώ λοιπόν η μελέτη της θεωρητικής διάστασης του αγαθού ‘υγεία’ έχει να επιδείξει μια σειρά από διαφορετικές προσεγγίσεις (Παραδοσιακή Ιατρική, Ατομική, Μαρξιστική, Κοινωνικο-οικολογική κλπ) στα πλαίσια της παρούσας μελέτης θα επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στην οικονομική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει τις απόψεις δύο οικονομικών σχολών με επίκεντρο της αντιπαράθεσης το χαρακτηρισμό της υγείας είτε ως ιδιωτικό είτε ως δημόσιο αγαθό.

Η σύνδεση αυτής της θεωρητικής διαμάχης και των τάσεων που επικρατούν σε ιδεολογικό επίπεδο, με τις πολιτικές υγείας που υιοθετούνται, έγινε ιδιαίτερα αισθητή στην χώρα μας όπου επιχειρήθηκαν δύο αντίθετες μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο υγειονομικής πολιτικής. Ειδικότερα, η επικράτηση των απόψεων που ευνοούσαν την κρατική παρέμβαση και τον δημόσιο χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, οδήγησαν στις αρχές τις δεκαετίας του ’80 στην συγκρότηση του εθνικού συστήματος υγείας, ενώ αντίθετα, η ιδεολογική επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού που ακολούθησε στις αρχές της δεκαετίας του ’90, μεταφράστηκε στον υγειονομικό τομέα με πολιτικές ενθάρρυνσης της ιδιωτικοποίησης και μεταφορά μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Στα πλαίσια λοιπόν του προβληματισμού για την φύση του αγαθού ‘υγεία’, θα εξετάσουμε πριν από το διαχωρισμό ιδιωτικού-δημοσίου, τα βασικά ερωτήματα που θέτει η οικονομική προσέγγιση.

Η προσέγγιση αυτή επικεντρώνει τον προβληματισμό της στα πλαίσια της σχέσης υγείας και ανθρώπινου κεφαλαίου με την έννοια ότι για την συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας – βασικός συντελεστής της οποίας είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο – απαιτείται ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγείας, ενώ ταυτόχρονα η οικονομική ανάπτυξη οδηγεί σε αυξημένο βιοτικό επίπεδο με σημαντικές επιπτώσεις και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Υπό το πρίσμα λοιπόν της αντίληψης ότι η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης, εμφανίζεται το ερώτημα αν η υγεία είναι ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό.

Στα πλαίσια της άποψης που αντιλαμβάνεται την υγεία ως **ιδιωτικό αγαθό** που υπόκειται στους νόμους της αγοράς με μηχανισμούς και φορείς προσφοράς και ζήτησης – νοσοκομεία, ιατροί και καταναλωτές αντίστοιχα – θεωρείται ότι διαμορφώνεται ένα σύστημα τιμών που εξασφαλίζει την άριστη ισορροπία στην εν λόγω αγορά. Οι καταναλωτές θεωρούνται ορθολογικοί, γεγονός που σημαίνει πως η αναμενόμενη από αυτούς συμπεριφορά, είναι να αυξάνουν την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο εξασφαλίζουν την μέγιστη δυνατή χρησιμότητα.

Υποστηρίχθηκε λοιπόν ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό και όπως συμβαίνει με όλα τα ιδιωτικά αγαθά, θα μπορούσε να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού. Η κρατική παρέμβαση οφείλει να περιοριστεί σε μέτρα ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινωνικού συνόλου πάνω σε θέματα υγείας και με το σκεπτικό ότι οι ατομικές συμπεριφορές έχουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης στα υγειονομικά προβλήματα, υποστηρίχθηκε ότι το κράτος δεν είναι υποχρεωμένο να αναλάβει την κάλυψη του κόστους των επιβλαβών συμπεριφορών των ίδιων των ατόμων.

Σχετικά με το απαραίτητο στοιχείο της πληροφόρησης που χρειάζεται να έχει ο καταναλωτής στα πλαίσια του ελεύθερου ανταγωνισμού, η φιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί ότι οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να γνωρίζουν:

α)τα υγειονομικά τους προβλήματα και τις υπηρεσίες που πρέπει να καταναλώσουν και

β)την αγορά των υπηρεσιών, ώστε να επιλέξουν την ποσότητα που απαιτείται και να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που διατίθενται στην αγορά.

Έτσι ο καταναλωτής εκδηλώνει την ζήτηση του για υγειονομικές υπηρεσίες πληρώνοντας γι' αυτές κάποια τιμή στους προμηθευτές των υπηρεσιών, όπως ακριβώς συμβαίνει και με οποιοδήποτε άλλο αγαθό. Οι τιμές διαμορφώνονται στην ελεύθερη αγορά, δίχως την κρατική παρέμβαση.

Υποστηρίχθηκε ακόμα ότι σε ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να επιτευχθεί η μείωση του κόστους των υπηρεσιών, ενώ θα μπορούσαν επίσης

να ελαχιστοποιηθούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χρηματοδοτικά προβλήματα τα οποία εμφανίζονται στα συστήματα που λειτουργούν κάτω από κρατικό φορέα.

Με αφετηρία τον Κ.Αγγου ο οποίος ήταν ο εμπνευστής της άποψης ότι η υγεία δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό, αλλά αντίθετα κατατάσσεται στα **δημόσια** αγαθά, ακολούθησε ένα ολόκληρο ρεύμα οικονομολόγων οι οποίοι αναπτύσσοντας και συνεχίζοντας την επιχειρηματολογία του Αγγου, εντάσσουν την υγεία στο πλέγμα των κοινωνικών αγαθών.

Οι απόψεις του Αγγου για την υγεία συνοψίζονται στις εξής παρατηρήσεις:

1)στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες.

2)η φύση ορισμένων ασθενειών, δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

3)λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του προϊόντος από το ιατρικό σώμα, ο καταναλωτής δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί το προϊόν.

4)σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής τόσο σε σχέση με την παραπάνω επισήμανση, όσο και σε περιπτώσεις όπου η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από τα άτομα την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.

Επειδή λοιπόν οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και επειδή στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό αυτό δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από το ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για κρατική παρέμβαση.

Επειδή η υγεία ή η ασθένεια επιδρούν σε ολόκληρη την κοινωνία και επηρεάζουν τόσο την διαδικασία της παραγωγής όσο και την οικονομική ανάπτυξη, η ανάληψη της ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών από το κράτος

αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά και φαινομένων αποκλεισμού για τους οικονομικά ασθενέστερους.

Αυτό βέβαια απαιτεί κρατικό έλεγχο στους εξής τομείς:

α) στην κατανομή των πόρων

β) στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών

γ) στην προσφορά των υπηρεσιών

δ) στο συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Οι απόψεις αυτές που υποστήριζαν την προσφορά και την διανομή των υπηρεσιών υγείας από το κράτος είχαν ευρεία αποδοχή και σηματοδότησαν μια σειρά από κέντρα εγκαθίδρυσης Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε πολλές χώρες όπως η Βρετανία (1948), η Σουηδία (1970), η Ιταλία (1978) κ.α.

1.3 Η Συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα

Σύμφωνα με το καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από τη φυλή, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις και την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση».

Όπως δήλωσε η Δρ Gro Harlem Brundtland κατά την ομιλία της για την 50^η Επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Παρίσι (1998), «...η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια. Όπου εμφανίζεται δομική φτώχεια και χαμηλό επίπεδο υγείας θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων». Στη συνέχεια πρόσθεσε ότι «ούτε μια χώρα δεν πέτυχε την αειφόρα οικονομική και ανθρώπινη ανάπτυξη χωρίς πρώτα να έχει επενδύσει σ' αυτήν. Και καμία χώρα δεν πρόκειται να διατηρήσει την πρόοδο και την υγεία του λαού της αν καταστέλλει τη δημοκρατία και αμελεί τα ανθρώπινα δικαιώματα».

Εκτός από αυτές τις γενικές, πλην σημαντικές, παρατηρήσεις, είναι αναγκαίο να υπάρχει σαν αφετηρία κάποιο σημείο εκκίνησης. Φαίνεται ότι, καθώς πολλά προβλήματα ξεκινούν από τις γυναίκες και τα παιδιά, θα

παραμένει ατελής το σχέδιο σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα για όσο διάστημα γεννιούνται παιδιά σε συνθήκες αθλιότητας και οι γυναίκες δεν έχουν ελεύθερη ή ισότιμη πρόσβαση σε οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές μεταρρυθμίσεις. Εκτός από τα οικονομικά προβλήματα, μεγάλη σημασία έχουν και η έλλειψη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και πρόληψης των ασθενειών. Όταν αυτά απουσιάζουν, δεν υπάρχει πρόσβαση σε επαρκή φροντίδα υγείας, σε τροφή, σε επαρκή στέγαση και σε ένα περιβάλλον στο οποίο οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία είναι υπό έλεγχο. Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (1948) επισημαίνει ότι «όλοι έχουν δικαίωμα σε βιοτικό επίπεδο το οποίο να επαρκεί για την υγεία και την ευημερία των ίδιων όπως και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, χηρείας, γήρατος ή έλλειψης πόρων διαβίωσης εξ αιτίας καταστάσεων πέρα από τις δυνατότητες τους. Η μητρότητα και όλα τα παιδιά, είτε γεννιούνται μέσα στο γάμο, είτε έξω απ' αυτόν, θα χαίρουν ίδιας κοινωνικής προστασίας».

«Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και οι κυβερνήσεις πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την παροχή των συνθηκών που θα επιτρέπουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος».

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ ΑΛΜΑ (1978)

Αυτό αποτελεί μόνο ένα μέρος της προαγωγής της υγείας, η οποία δρα μέσα από τρία επίπεδα ενεργειών, δηλαδή την ενημέρωση για θέματα που αφορούν την υγεία, την πρόληψη των ασθενειών και την προστασία της υγείας. Για περισσότερα από 20 χρόνια γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης και διερεύνησης των βασικών παραμέτρων του περιβάλλοντος, που θα στηρίζουν την ανθρώπινη υγεία (δηλαδή το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον, οι τομεακές πολιτικές, οι πόροι για την υγεία και γενικά το πολιτικό περιβάλλον). Επιπλέον, στην αρχή της δεκαετίας του '80 ο ΠΟΥ περιέγραψε 12 καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες.

Οι εν λόγω παράγοντες είναι: οι γενικές φυσικές και ψυχολογικές συνθήκες που σχετίζονται με το φύλο, η ανεξάρτητη χρήση της ελευθερίας και των δικαιωμάτων του πολίτη, η πρόσβαση σε επαρκή εκπαίδευση, η δυνατότητα απασχόλησης, οι ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας, η επαρκής στέγαση, η επαρκής προσφορά τροφίμων και η διατροφή, η αίσθηση ασφάλειας, η δυνατότητα αποταμίευσης, οι δυνατότητες επικοινωνίας, η δυνατότητα ύπαρξης ελεύθερου χρόνου και η πρόσβαση σε επαρκή ρουχισμό.

Αυτός ο κατάλογος καλύπτει το περιεχόμενο της οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, όπως και πολλών ακόμα παρόμοιων κειμένων, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχετικά με την προαγωγή της υγείας, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας χρησιμοποιούνται σε αρνητική μορφή, προκειμένου να καταχωρηθούν στη μνήμη τόσο των υπεύθυνων για τη λήψη αποφάσεων, όσο και των μη- ειδικών. Αυτοί είναι οι εξής: η απώλεια απασχόλησης, οι ανεπαρκείς σχέσεις στο χώρο εργασίας, η υπερβολική σωματική εργασία, η έκθεση σε τοξικές ουσίες στο χώρο της εργασίας, η εξαντλητική/ μονότονη εργασία, ο συνωστισμός στον τόπο κατοικίας και η ακατάλληλη επίπλωση, οι συχνές περιπτώσεις βανδαλισμού, η έλλειψη φυσικής άσκησης κατά τον ελεύθερο χρόνο, το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η ακατάλληλη διατροφή κτλ. Η πιο πάνω περιγραφή των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων είναι παρόμοια με αυτή που παρουσίασε ο A.Maynard στο άρθρο του με τίτλο «Η σχέση των οικονομικών της υγείας με την προαγωγή της υγείας» στο τόμο «EALTH PROMOTION RESEARCH»WHO, Copenhagen,1991.

Ιστορικά έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την βελτίωση της κατάστασης υγείας διαφόρων πληθυσμών. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '80 ο ΠΟΥ άρχισε να προωθεί συγκεκριμένες προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση. Η βασικότερη από αυτές ήταν η Διακήρυξη του Χάρτη της Οττάβα, η οποία ενέπνευσε προσπάθειες για την εκπαίδευση σχετικά με την υγεία και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας διεθνώς. Προωθήθηκε επίσης η πρόσληψη των ασθενειών, όμως αυτές οι προσπάθειες δεν διέθεταν την επαρκή χρηματοδότηση, ενώ δεν καλύφθηκαν ούτε οι ανάγκες για θεραπευτική ιατρική. Ωστόσο δόθηκε έμφαση κυρίως στην προαγωγή και την προάσπιση της

υγείας. Οι σκοποί της προστασίας της υγείας είναι: να επηρεάσει τις ατομικές επιλογές, να τροποποιήσει το περιβάλλον, να τροποποιήσει τον κίνδυνο και την αντίσταση του ατόμου σ' αυτόν, να εισάγει σύγχρονα τεχνολογικά μέσα προστασίας. Όμως, η επίτευξη των σκοπών αυτών απαιτεί: νομικά μέτρα ελέγχου, δημοσιονομικούς ελέγχους, άλλους κανονισμούς και πολιτικές και εκούσιους κώδικες. Οι δραστηριότητες στον τομέα της προστασίας της υγείας έχουν αντιμετωπίσει εμπόδια όπως: η πολιτική αδιαφορία- να γίνει αντιληπτή η επίπτωση στον τομέα της υγείας κάθε δημόσιας πολιτικής, τα συγκρουόμενα συμφέροντα ή τα επενδυμένα συμφέροντα, π.χ. της βιομηχανίας τροφίμων ή του γεωργικού τομέα, της καπνοβιομηχανίας, κλπ. Ευτυχώς, μέσα στις δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας εντάσσονται πολλές οι οποίες καλύπτουν ταυτόχρονα μέτρα προληπτικά, εκπαιδευτικά και σχετικά με πολιτικές που αφορούν άλλα θέματα δημόσιας υγείας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προκειμένου να εκπληρωθεί το δικαίωμα του ανθρώπου στην υγεία, η προαγωγή της υγείας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '90 η Ευρωπαϊκή Ένωση έδειξε ενδιαφέρον για θέματα υγείας. Η Συνθήκη του Μάαστριχτ (άρθρο 129) δηλώνει πως η κοινότητα θα συμβάλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και αν αυτό κρίνεται αναγκαίο, προσφέροντας υποστήριξη για τις ενέργειές τους. Ακόμα, ότι οι ενέργειες της Κοινότητας θα κατευθύνονται προς την πρόληψη των ασθενειών, προπάντων όσον αφορά στις κυριότερες μαστιγες στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, με την προώθηση ερευνών για τον εντοπισμό της αιτιολογίας τους και των τρόπων μετάδοσης τους, όπως και την πληροφόρηση και την ενημέρωση για θέματα που αφορούν την υγεία. Ένα βασικό έγγραφο σχετικά με αυτό το θέμα είναι η απόφαση αριθμό 645/96/eu του ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, με ημερομηνία 29.03.96. Σύμφωνα με αυτό υιοθετήθηκε ένα πρόγραμμα Κοινοτικής δράσης στους τομείς της προαγωγής, πληροφόρησης, ενημέρωσης και εκπαίδευσης μέσα στο πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000), το οποίο παρακίνησε στην ανάληψη δραστηριοτήτων στην προώθηση της υγείας όχι μόνο στα κράτη μέλη, αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που είχαν προσκληθεί να συμμετάσχουν. Το άρθρο

129 τροποποιήθηκε το 1997 και υπαγορεύει ότι: «Οι ανάγκες για την προστασία της υγείας πρέπει να ενσωματωθούν στο καθορισμό και την εφαρμογή των άλλων πολιτικών της Κοινότητας». Με αυτόν τον τρόπο η προαγωγή της υγείας έγινε προτεραιότητα για κοινοτική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Το 1997 μια ακόμα διεθνής δραστηριότητα στήριξε κάποιες ενέργειες μέσα στο πλαίσιο της προαγωγής της υγείας. Αυτή ήταν το Παγκόσμιο Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας που έλαβε χώρα στη Τζακάρτα. Το συνέδριο εξέτασε όλες τις μέχρι τότε προσπάθειες για την προαγωγή της υγείας και προσδιόρισε προτεραιότητες στον τομέα υγείας για 21ο τομέα. Οι προτεραιότητες είναι οι εξής: η προαγωγή της κοινωνικής υπευθυνότητας σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας, η αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη του τομέα της υγείας η συγχώνευση και η διεύρυνση της συνεργασίας μεταξύ διαφόρων ετέρων για την υγεία, η αύξηση της ικανότητας της κοινότητας και η ενδυνάμωση των ατόμων και των υποδομών για την προαγωγή υγείας.

Η συνθήκη του Άμστερνταμ (άρθρο 152) συνέλαβε στην προαγωγή των δραστηριοτήτων στον τομέα της δημόσιας υγείας δηλώνοντας ότι όλες οι Κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες, στον σχεδιασμό τους και στην εφαρμογή τους, θα εξασφαλίζουν έναν υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας. Επιπλέον, ότι οι ενέργειες της κοινότητας θα συμπληρώνουν τις όποιες εθνικές πολιτικές, οι οποίες θα έχουν σκοπό την βελτίωση της δημόσιας υγείας, την εξάλειψη των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία και ακόμα πως παρόμοια δραστηριότητα θα καλύπτει τη μάχη ενάντια στις σημαντικότερες μαστιγες της υγείας με την προώθηση της έρευνας σχετικά με την αιτιολογία, μετάδοση και πρόληψή τους, όπως και την εκπαίδευση και την ενημέρωση για την υγεία. Από το 1989 οι χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης έχουν κάνει προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας τους, τα οποία έχουν επηρεαστεί κατά τη μεταβατική περίοδο. Στον τομέα της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της προαγωγής προσπαθούν να ακολουθήσουν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα κοινοτικά προγράμματα. Δυστυχώς, εξαιτίας των τρομερών οικονομικών περιορισμών δεν τους είναι εύκολη η

ανάπτυξη κατάλληλων ή επαρκών δραστηριοτήτων μέσα στο πλαίσιο της προαγωγής της υγείας. Εν τούτοις, έχουν αναληφθεί πολλά προγράμματα σε αυτόν τον τομέα. Στην Πολωνία, για παράδειγμα, όλες οι οδηγίες του ΠΟΥ για την προαγωγή της υγείας έχουν εφαρμοστεί. Έχουν ιδρυθεί στη χώρα πολλά κέντρα για την προαγωγή της υγείας και η Τρίτη έκδοση του Εθνικού Προγράμματος Υγείας (1996) προσδιορίζει τις δραστηριότητες για την καταπολέμηση όλων των μειζόνων εθνικών προβλημάτων υγείας και την ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της υγείας το οποίο εκθέτει τα αποτελέσματα αυτών των δράσεων. Με σκοπό την ένταξή της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Πολωνία ακολουθεί αρκετές κοινοτικές οδηγίες σχετικά με ενέργειες στον τομέα της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της προαγωγής της υγείας, όσο είναι δυνατό δεδομένων των παρόντων οικονομικών συνθηκών και μέσα στο πλαίσιο της γενικής διαδικασίας μεταρρύθμισης της υγειονομικής φροντίδας. Η σημασία της υγείας και της προαγωγής της έχει ήδη κατανοηθεί σύμφωνα με την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 1948, τη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Παιδιού 1959, το Διεθνές Συνέδριο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα 1966 και τη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοιατρική 1977. Η Πολωνία έχει υπογράψει μερικές από τις παραπάνω διακηρύξεις.

Τα συμβαλλόμενα στην παρούσα Σύμβαση Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει ένα επαρκές βιοτικό επίπεδο για τον ίδιο και για την οικογένειά του, με επαρκή τροφή, ρουχισμό και στέγαση όπως και τη συνεχή βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του.

Τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα πάρουν τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσουν την επίτευξη αυτού του δικαιώματος.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, οι δυσκολίες, τα φράγματα και τα εμπόδια στην πλήρη εφαρμογή της προαγωγής της υγείας. Οι πολιτικοί και εκείνοι που λαμβάνουν αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα, πρέπει να κατανοήσουν

όσο το συντομότερο δυνατόν ότι η καλή υγεία μπορεί να εξασφαλιστεί μόνον μέσα από κοινές διατομεακές και διακλαδικές ενέργειες, σε σχεδόν όλες τις κοινωνικές και οικονομικές σφαίρες της ζωής. Φτάνει να επαναλάβουμε ότι ο προσδιοριστικός τομέας της υγείας δύναται να επηρεάσει θετικά την υγεία του πληθυσμού μόνο κατά 10 με 15%.

Από την άλλη μεριά, μέσα στο πνεύμα της βίο-ηθικής και των διεθνών συνθηκών σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα, τα ιατρικά πειράματα και την ανθρώπινη υγεία, κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφασίζει σχετικά με το σώμα του.

Όμως, όλες οι αποφάσεις που παίρνονται σχετικά με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες είναι υποχρεωμένοι οι άνθρωποι να ζουν και να εργάζονται, τους εκθέτουν σε ένα σκληρότατο «βίο-πείραμα», το οποίο παραβιάζει τους κανόνες και τις αρχές της βίο-ηθικής. Τα άτομα και οι φορείς που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας μερικές φορές αμφιβάλλουν αν η υγειονομική ενημέρωση που προσφέρουν είναι σύμφωνη με την ηθική, εφ' όσον οι άνθρωποι δεν έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόζουν τις πληροφορίες και τις γνώσεις που τους παρέχονται. Στην πραγματικότητα, η ενημέρωση και η εκπαίδευση σχετικά με την υγεία δεν έχει πετύχει στο βαθμό που περίμενε κανείς. Μπορούμε να πούμε το ίδιο σχετικά με τους υγιεινούς τρόπους ζωής. Ένα άτομο δεν είναι πάντα σε θέση να αποφασίζει μόνο του για τον τρόπο ζωής του, επειδή αυτό εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες.

Συνοψίζοντας, πρέπει να πούμε ότι είναι απαραίτητη η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού σε παγκόσμια, τοπική και ατομική κλίμακα. Ευτυχώς, όλο και περισσότεροι οργανισμοί, ιδρύματα, πολιτικοί και φορείς που λαμβάνουν αποφάσεις έχουν πειστεί γι' αυτό. Όμως, «το καλό πρόγραμμα δεν αρκεί». Εκτός από την ανάγκη «να ξέρουν», υπάρχει και η ανάγκη «να είναι πρόθυμοι», αλλά ούτε αυτό αρκεί. Το πιο σημαντικό είναι «να μπορούν».

1.4.Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνολο

υπηρεσιών μέσω των οποίων παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές. Ο τρόπος λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής τους.

Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας που μας απασχολεί, συμπεριλαμβάνει την πρόληψη ασθένειας, την αντιμετώπιση ασθένειας, τη διαχείριση ασθένειας και την διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων.

Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να χωριστεί σε τρία υποσυστήματα. Το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο αφορά τις υπηρεσίες παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών και το τρίτο με τους μηχανισμούς κάλυψης δαπανών υγείας.

Στην Ελλάδα μπορεί να διακρίνει κανείς τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας. Τα υποσυστήματα αυτά δεν έχουν δυνατή μεταξύ τους σύνδεση και δεν ισχύουν και για τα τρία, ίδιοι κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι: το Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπηρεσίες δημοσίου εκτός του ΕΣΥ και υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2008 το ΕΣΥ περιλαμβάνει: 130 γενικά, ειδικά και ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 35.000 κλίνες (65% του συνόλου), 172 Κέντρα Υγείας, 1.400 Περιφερειακά Ιατρεία, Ε.Κ.Α.Β. (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα) και η χρηματοδότηση προέρχεται κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15% από την Κοινωνική Ασφάλιση.

Οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας του δημοσίου περιέχουν: 28 γενικά Νοσοκομεία (Στρατιωτικά, Ασφαλιστικών Οργανισμών, Ιδιωτικού Δικαίου), 5.000 κλίνες (9 % του συνόλου), 200 Πολυιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων Ασφαλιστικών Φορέων) και 300 Ιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων Ασφαλιστικών Φορέων, δημοτικά).

Τέλος οι υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα περιέχουν: 250, μικρά κατά κανόνα Νοσοκομεία και Κλινικές, 14.000 κλίνες (26 % του συνόλου), 350 Διαγνωστικά Κέντρα, 20.000 Ιατρεία και Εργαστήρια, 9.000 Οδοντιατρεία και 8.000 Φαρμακεία.

Πέραν όμως της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα, το ελληνικό σύστημα

υγείας διασφαλίζει το μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

1.4.1. Ορισμός της έννοιας σύστημα υγείας

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

Το «σύστημα» σύμφωνα με το Oxford English Dictionary αποτελεί μια σειρά πραγμάτων αλληλεξαρτώμενων και συνδεδεμένων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα. Επομένως το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο αλληλεξαρτώμενων υποσυστημάτων που στοχεύουν στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού μέσω των παρεμβάσεων της πολιτείας.

Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτελεί κατά λέξη μετάφραση του αγγλικού National Health System (NHS), της ονομασίας για το δημόσιο σύστημα φροντίδας υγείας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Βρετανία, το 1948. Το βρετανικό NHS συγκροτήθηκε αρχικά από τρία μέρη: τους γενικούς γιατρούς, τους οδοντιάτρους και τα νοσοκομεία. Αργότερα, τη θέση των οδοντιάτρων κατέλαβε η καλούμενη «υγεία της κοινότητας» (community health). Ο κλάδος αυτός της ιατρικής περίθαλψης αφορά ομάδες ατόμων και όχι μεμονωμένα άτομα και υπηρετείται από γιατρούς δημόσιας υγείας, διαχειριστές υπηρεσιών υγείας (managers), επιδημιολόγους κ.λπ. Στη χώρα μας, ο όρος ΕΣΥ έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στο Νόμο 1397/Φ.43Α/7.10.83. Στα 13 χρόνια που μεσολάβησαν μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως άλλοι 7 νόμοι για το ΕΣΥ. Χαρακτηριστικοί είναι οι τίτλοι αυτών των νόμων:

- Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του ΕΣΥ (Ν.1579/Φ.217Α/23.12.85)
- Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2071/Φ.123Α/15.7.92)
- Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις (Ν.2194/Φ.34Α/16.3.94)

- Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις (Ν.2519/Φ.165Α/21.8.97)
- Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ (Ν.2889/Φ.37Α/2.3.01)
- Τροποποιήσεις και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Ν.3204/Φ.296Α/23.12.04)
- Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις (Ν.3329/Φ.81Α/4.4.05)

Παρ' όλες αυτές τις προσπάθειες για την «εφαρμογή», την «ανάπτυξη», την «αποκατάσταση», τον «εκσυγχρονισμό» και τη «συμπλήρωση» της νομοθεσίας για το ΕΣΥ, οι γενικοί γιατροί, που αποτελούν (κατά την προσφιλή έκφραση των Βρετανών γενικών γιατρών) την ατμομηχανή της αμαξοστοιχίας του βρετανικού ΕΣΥ –δηλαδή, του συστήματος υγείας που επιχείρησε να μιμηθεί το δικό μας ΕΣΥ- εξακολουθούν να μένουν παραγκωνισμένοι έξω από το σύστημα. Ο λόγος είναι απλούστατα ότι δεν υπάρχει παράδοση δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και έτσι από τους κυβερνώντες, το κοινό, αλλά και τον ευρύτερο ιατρικό κόσμο οι έννοιες «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» και «γενικός γιατρός» συλλαμβάνονται ως προϊόντα της διάνοιας μάλλον, παρά ως μέρος συγκεκριμένης πραγματικότητας. Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την ομόφωνη παραδοχή της «ανυπαρξίας οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, στη χώρα μας», κατά τη δημόσια συζήτηση που προηγήθηκε της κατάθεσης του σχεδίου νόμου για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ το 2001, ο νόμος 2889, που τελικά ψηφίστηκε στη Βουλή, επικεντρώθηκε στην οργάνωση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφήνοντας για αργότερα την «ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Η τελευταία προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έγινε στις 18 Φεβρουαρίου 2004, όταν ο τότε υπουργός Υγείας, ακαδημαϊκός κ. Κ. Στεφανής κατέθεσε «νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Κατά περίεργη συγκυρία, όπως και στην περίπτωση της υπουργικής απόφασης Δοξιάδη για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής το 1981, η κατάθεση του νομοσχεδίου έγινε λίγο πριν από την αλλαγή της κυβερνώσας παράταξης.

1.4.2. Η προσφορά των συστημάτων υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και διαίτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους:

1. Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
2. Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
3. Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
4. Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.4.3. Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Οι άξονες λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας αφορούν:

1. Την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο
2. Τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας
3. Την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη

1.4.4. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του Ελληνικού κράτους, εμφανίζονται οι πρώτες προσπάθειες οργάνωσης υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

στην Ελλάδα. Θα μπορούσαν να καθοριστούν τέσσερις περίοδοι κατά τις οποίες εξελίχθηκε ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: 1833-1922, 1922-1945, 1945-1974 και 1974 έως σήμερα.

Ξεκινώντας από την πρώτη περίοδο διαπιστώνουμε ότι μόλις το 1833 η Γραμματεία των Εσωτερικών επιφορτίζεται, μεταξύ άλλων, με τα καθήκοντα της «Υγειονομικής Αστυνομίας» και αναλαμβάνει να ιδρύσει την πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας. Παράλληλα, με το Διάταγμα της 30.10.1833 θεσπίζεται ο θεσμός του νομιάτρου, ως υπεύθυνου για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού. Το 1845, ψηφίζεται ο «Υγειονομικός νόμος» ΚΒ'/1845, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο ολοκληρωμένο υγειονομικό κανονισμό και παράλληλα, ο νόμος ΚΓ'/1845 «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει», ο οποίος καθορίζει την οργάνωση των υγειονομείων και λοιμοκαθαρτηρίων στα λιμάνια της χώρας. Από τα μέσα του 19ου αιώνα και μέχρι τις αρχές του 20ου, παρατηρείται μία μακρά περίοδος στασιμότητας τόσο για τις υγειονομικές υπηρεσίες, όσο και για την πρόοδο της υγειονομικής νομοθεσίας. Το 1870, ο θεσμός του νομιάτρου καταργείται και σταδιακά ακολουθεί η κατάργηση των επαρχιακών γιατρών και των εμβολιαστών. Το 1914, ψηφίζεται ο νόμος 346/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας», ο οποίος αποτελεί την πρώτη αξιολογη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο νόμος αυτός προέβλεπε μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία εγκατεστημένη στο Υπουργείο Εσωτερικών και νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια και νομιάτρους σε κάθε νομό.

Κατά την δεύτερη περίοδο το 1922, με το Ν. 2882, ιδρύεται για πρώτη φορά, ένα ξεχωριστό υπουργείο που θα διαχειρίζεται τα θέματα υγείας, το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, που αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωθηση στην εξέλιξη αυτή έδωσε η έλευση των προσφύγων από την Μ. Ασία και τα υγειονομικά προβλήματα που παρατηρούνται την περίοδο εκείνη. Και το 1928, ιδρύεται αυτοτελές Υφυπουργείο Υγιεινής μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Στη συνέχεια με τον νόμο 6298/1934 χαράσσεται ασφαλιστική πολιτική υγείας, καθώς βάσει αυτού δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα ασφαλίσει από το 1937 μέχρι σήμερα τους μισθωτούς ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών. Ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της δεύτερης περιόδου θα πρέπει να αναφερθεί ένας ακόμα σημαντικός νόμος που

ψηφίστηκε, ο Α.Ν. 965/37 «περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων». Με τον νόμο αυτό δινόταν η ευκαιρία στα δημόσια νοσοκομεία να έχουν ενιαία οργάνωση και λειτουργία.

Η τρίτη περίοδος συνοδεύεται από Γερμανική κατοχή, εμφύλιο πόλεμο, τεράστιες υλικές καταστροφές και ελλείψεις στις υποδομές και όχι μόνο. Παρ' όλα αυτά το 1948 δρομολογήθηκε πρόγραμμα ανόρθωσης της χώρας που προέβλεπε περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Έτσι το 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», με το οποίο καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που έχει ως στόχο ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Μέχρι το 1974 που ξεκινάει η τέταρτη περίοδος δεν είχαν γίνει σημαντικές αλλαγές και οι δαπάνες υγείας υπέστησαν μείωση.

Τέλος η τέταρτη περίοδος χαρακτηρίζεται από άνθηση σχεδόν σε όλους τους τομείς και ο τομέας της υγείας είναι μέσα σ' αυτούς. Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Βασικές αρχές του νόμου ήταν: η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, ο ενιαίος προγραμματισμός, έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με δημιουργία κέντρων υγείας, και καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σήμερα, μια σειρά νομοθετημάτων που θεσπίστηκαν τις δύο τελευταίες δεκαετίες καθορίζουν το νομικό πλαίσιο που ισχύει για τη Δημόσια Υγεία.

Ως προς το περιεχόμενο, η νομοθεσία μπορεί να διακριθεί σε πέντε μέρη: τη νομοθεσία για τις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας¹, τη νομοθεσία για τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας², τη νομοθεσία για

¹ Τα νομοθετήματα αυτά είναι τα εξής: Το Π.Δ. 138/1992 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 68Α'/1992). Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ76Α'/2000). Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003). Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

² Τα νομοθετήματα αυτά είναι: Το Ν. 2503/1997 «Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 107Α'/1997). Το

τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας³, τη νομοθεσία για τους Εθνικούς Οργανισμούς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία⁴ και τη νομοθεσία για το περιεχόμενο και τα μέτρα προστασίας της Δημόσιας Υγείας⁵.

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι είχε γίνει προσπάθεια από το Υπουργείο Υγείας να εισάγει μια μεταρρύθμιση μεγάλης σημασίας που ξεκινούσε το 2000 και είχε χρονικό περιορισμό 6 χρόνια. Αν και η μεταρρύθμιση έμεινε ημιτελής, ωστόσο είχαν επιτευχθεί κάποιοι από τους στόχους τις. Πραγματοποιήθηκε μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης με το Ν. 2889/2001 και τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας – Πε.Σ.Υ. και τον ορισμό των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες κάθε Πε.Σ.Υ.. Με το νόμο της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (Ν. 3106/2003) προστέθηκε στο σκοπό σύστασης και λειτουργίας των Πε.Σ.Υ. η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας. Στο πλαίσιο τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και

Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις»(ΦΕΚ 165Α'/1997). Την Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 435Β'/1998). Την Υ.Α. Δ3α/οικ.509/1999 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 1593Β'/1999). Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003). Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

³ Τα νομοθετήματα που την αποτελούν είναι: Το Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» (ΦΕΚ 178Α'/1977). Το Π.Δ. 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 104Α'/1989). Το Ν. 2218/1994 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ90Α'/1994). Το Ν. 2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 153Α'/1994). Το Π.Δ. 51/2001 «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)» (ΦΕΚ 41Α'/2001).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003). Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

⁴ Το νομικό πλαίσιο αφορά μια σειρά οργανισμών Δημόσιας Υγείας, και τα νομοθετήματα ποικίλουν ανά τον οργανισμό.

⁵ Η νομοθεσία για την προστασία Δημόσιας Υγείας καλύπτει πολλούς τομείς όπως: υγιεινή της ύδρευσης, υγιεινή των τροφίμων, προστασία και υγιεινή του περιβάλλοντος, ακτινοπροστασία και τέλος η υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας..

ανεξάρτητες υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με τον ορισμό Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Ο νέος θεσμός απεικονίζει τον διοικητικά αποκεντρωμένο πλέον χαρακτήρα του ΕΣΥ, με σημείο αναφοράς τη διασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των μονάδων και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε επίπεδο περιφέρειας. Στον ίδιο νόμο οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται πλέον με τις διοικητικές (13) αλλά για λόγους εύρυθμης λειτουργίας και χωροταξικής κατανομής των μονάδων υγείας τα αντίστοιχα Πε.Σ.Υ. ανέρχονται σε 17.

Επόμενη νομοθετική ρύθμιση μετονομάζει τα Πε.Σ.Υ.Π. σε Δ.Υ.ΠΕ. με κάποιες αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των περιφερειακών δομών. Πρόκειται για τον ισχύοντα νόμο 3329/2005 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και τη σύσταση των Δ.Υ.ΠΕ. (Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών) στις αντίστοιχες Υγειονομικές Περιφέρειες. Η δομή των Δ.Υ.ΠΕ. συμπληρώθηκε πρόσφατα με το Νόμο 3370/2005 με τη μεταφορά από την Περιφέρεια αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας και τη σύσταση της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας το εύρος του πεδίου δράσης των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Εξακολουθεί όμως να μην έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, παρά τις συνεχείς νομοθετικές παρεμβάσεις, ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελεί τη βάση για την λειτουργία ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης που στοχεύει στην πλήρη και ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο.

Επίσης μια άλλη σημαντική επίτευξη της μεταρρύθμισης είναι η σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), έτσι γίνεται ένα σημαντικό βήμα στη λειτουργία της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, ώστε να εναρμονίζεται με τα διεθνή πρότυπα και να ακολουθεί παράλληλη πορεία με τις διοικήσεις άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας είναι νεοσύστατος θεσμός που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Ιδρύθηκε με το Ν. 2920/2001 τεύχος Α΄ ΦΕΚ 131/27.6.2001 και άρχισε να λειτουργεί στις 16/09/2002. Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η πραγματοποίηση συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και

τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Η αρμοδιότητα του ΣΕΥΥΠ εκτείνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια, αυτό καθιστά το έργο του ΣΕΥΥΠ σημαντικό.

Ανακεφαλαιώνοντας θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει ότι, αν και έχουν γίνει πολλές σημαντικές προσπάθειες στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παραμένουν όμως αρκετά προβλήματα άλυτα που έχουν να κάνουν με την δομή, την οργάνωση και λειτουργία, τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Ορισμός της έννοιας Διοίκηση/Διαχείριση (Μάνατζμεντ)

Ο όρος Μάνατζμεντ χρησιμοποιείται για να εκφράσει δύο κυρίως έννοιες. Πρώτο, με την λέξη Μάνατζμεντ εννοούμε μια σειρά ενεργειών (PROCESS) με τις οποίες επιδιώκεται η οργάνωση και κατεύθυνση ορισμένων δραστηριοτήτων κατά μια συγκεκριμένη τάξη, ως και των ανθρώπων που διενεργούν τις δραστηριότητες αυτές, με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων αντικειμενικών σκοπών. Δεύτερο ο όρος χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει το άτομο ή την ομάδα ατόμων που ασκούν το μάνατζμεντ υπό την πρώτη έννοια εντός μιας δεδομένης οικονομικής ή άλλης μονάδας. Με την δεύτερη αυτή έννοια το Μάνατζμεντ μπορεί να εξομοιωθεί προς τον ελληνικό όρο Διοίκηση. Για την διαστολή της έννοιας του Μάνατζμεντ από την έννοια της διοίκησης (ADMINISTRATION) θα πρέπει να έχουμε ότι η Διοίκηση αποτελεί μια από τις λειτουργίες του Μάνατζμεντ. Η διοίκηση περιέχει την θέση των βασικών σκοπών του οργανισμού, της πολιτικής και των διαδικασιών για την επίτευξη τους. Το Μάνατζμεντ αντιθέτως είναι μια κοινωνική διαδικασία (PROCESS) δια της οποίας αναλαμβάνεται ευθύνη για τον αποτελεσματικό και οικονομικό προγραμματισμό και ρύθμιση των λειτουργιών ενός οργανισμού ή επιχείρησης προς εκπλήρωση ορισμένων σκοπών ή καθηκόντων τα οποία καθορίζονται από την Διοίκηση του.

2.1.1. Λειτουργίες της διοίκησης

Αφού παραπάνω έγινε αναφορά στο τι σημαίνει διοίκηση είναι απαραίτητο να αναφερθούμε και στις λειτουργίες της διοίκησης σε έναν Οργανισμό. Το περίεργο είναι ότι ενώ οι διάφοροι συγγραφείς δίνουν διαφορετικούς ορισμούς του όρου «διοίκηση» υπάρχει μια συμφωνία για τις λειτουργίες της διοίκησης. Από πλευράς αλληλουχίας ενεργειών μπορούμε να χωρίσουμε τη διαδικασία της διοίκησης συμβατικά σε πέντε βασικές λειτουργίες, [το σχεδιασμό-προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διεύθυνση, το συντονισμό και τον έλεγχο].

- Προγραμματισμός /Σχεδιασμός
- Οργάνωση
- Διεύθυνση/Καθοδήγηση
- Έλεγχος

Η σημασία των παραπάνω λειτουργιών επιγραμματικά μπορεί να ορισθεί ως εξής:

1)ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ (planning).Είναι η λειτουργία με την οποία καθορίζονται οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι της συλλογικής δραστηριότητας και τα μέσα επίτευξής τους.

2)ΟΡΓΑΝΩΣΗ (organizing).Είναι η λειτουργία με την οποία καθορίζονται η δομή, η ιεράρχηση, η κατανομή ρόλων, αρμοδιοτήτων και ευθυνών όλων των εργαζομένων και σε συγκεκριμένες ομάδες και τμήματα με διαμορφωμένη βαθμίδα εξουσίας καθώς και οι δράσεις που απαιτούνται για την επίτευξη των σκοπών και στόχων της επιχείρησης.

3)ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (directing).Είναι η λειτουργία που διασφαλίζει την εποπτεία και καθοδήγηση για την επίτευξη των στόχων και κυρίως η λειτουργία με την οποία επιδιώκεται η δημιουργία ενός ευνοϊκού κλίματος στο οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να ικανοποιήσουν τους στόχους τους καθώς εργάζονται, ώστε να ικανοποιηθούν οι στόχοι της επιχείρησης.

4)ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ (coordinating).Είναι η λειτουργία που στοχεύει σε συνειδητές προσπάθειες σύγκλισης και συγχρονισμού των διαφόρων δραστηριοτήτων και προσώπων που τις ασκούν ώστε να λειτουργήσουν αρμονικά προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης.

5)ΕΛΕΓΧΟΣ (controlling). Είναι η λειτουργία με την οποία διασφαλίζεται η σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τους στόχους ώστε να προκύπτει το μέτρο επιτυχίας ή αποτυχίας και να λαμβάνονται οι αναγκαίες διορθωτικές αποφάσεις.

Παρόλο που φαίνεται ότι η διαδικασία του Μάνατζμεντ αποτελείται από μια αλληλουχία μεμονωμένων λειτουργιών, η ολοκληρωμένη και σφαιρική προσέγγιση της διεργασίας του Μάνατζμεντ απαιτεί στην καθημερινή πράξη ο manager να ασκεί όλες τις λειτουργίες συγχρόνως σαν μέρη μιας συνεχούς ολότητας.

Ένας συνδυασμός θέσεων και απόψεων των διαφόρων «σχολών» του management δίνει ένα σύνολο λειτουργιών για την άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης όπως:

1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ: Αφορά στον Προσδιορισμό της Διάρθρωσης (Τμήματα, Υπηρεσίες) και της Κατανομής του Έργου, στη Συγκρότηση Ιεραρχίας, στον Καθορισμό αρμοδιοτήτων και Προσδιορισμό των καθηκόντων.

2. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ: Αφορά στην Επιλογή προσωπικού, Εκπαίδευση, Αμοιβές, Προαγωγές, κλπ

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ: Αφορά στον καθορισμό των μελλοντικών ενεργειών και δράσεων με βάση τα στοιχεία του παρελθόντος και του παρόντος και την πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων

4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Αφορά στο Συντονισμό και κατεύθυνση της εργασίας των υφισταμένων, την Εναρμόνιση των προσπαθειών και την Απρόσκοπτη λειτουργία τμημάτων και υπηρεσιών και αρμονική μεταξύ τους συνεργασία

5. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: Αφορά στη Μετάδοση ιδεών την Παρακίνηση με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος

6. ΕΛΕΓΧΟΣ: Αφορά στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά που προβλέπονται από το «πρόγραμμα», την εξακρίβωση του αν τηρούνται οι οδηγίες και εντολές, αν γίνονται λάθη υπερβολές και παραλείψεις και την επιβολή διορθωτικών πράξεων όταν και όπου είναι αναγκαίες.

7. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ: Αφορά στην εναρμόνιση όλων των προσπαθειών στην απρόσκοπτη λειτουργία υπηρεσιών και τμημάτων, την ωφέλιμη μεταξύ τους συνεργασία και τον καθορισμό του πεδίου και της έκτασης δράσης κάθε οργάνου.

8. ΠΑΡΟΤΡΥΝΣΗ: Αφορά στην κατανόηση των αναγκών, το συνδυασμό κινήτρων και ικανοποιητικής αμοιβής, την προσφορά ικανοποιητικών

συνθηκών, την πρόκληση ενδιαφέροντος, την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας και την αποφυγή απογοήτευσης.

9. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ: Αφορά στην εφαρμογή αποκέντρωσης την εκχώρηση αρμοδιοτήτων, την απαλλαγή από «περιττές» δράσεις τη διατήρηση της ευθύνης τον προσδιορισμό του περιεχομένου των αρμοδιοτήτων, την αποφυγή συγχύσεων και την αποφυγή συγκρούσεων.

KANONEΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟ Μ.Β.Ο.

1. Η υποστήριξη του προγράμματος από τη διοίκηση, η αφοσίωση και η συμμετοχή όλων στην εφαρμογή του πρέπει να είναι υποχρεωτική. Διαφορετικά θα αποτύχει με την πάροδο του χρόνου.
2. Το πρόγραμμα Μ.Β.Ο. πρέπει να ενσωματωθεί στις καθημερινές διοικητικές δραστηριότητες. Οι managers πρέπει να το δεχθούν σαν μέρος του συστήματος διοίκησης και όχι να το θεωρήσουν σαν μια προσωρινή διαδικασία.
3. Το σύστημα Μ.Β.Ο. πρέπει να δίνει έμφαση στους αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους της οργάνωσης
4. Στο πρόγραμμα πρέπει να υπάρχουν αντικειμενικοί σκοποί που να καλύπτουν την προσωπική εξέλιξη των ατόμων που συμμετέχουν σ' αυτό.
5. Πρέπει να εξασφαλίζονται όλες οι δυνατότητες και οι πηγές που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του προγράμματος.
6. Το σύστημα Μ.Β.Ο. δεν θα πρέπει να δημιουργεί φόρτο γραφικής διαδικασίας
7. Ο manager πρέπει συνεχώς να ενημερώνεται πάνω στις νέες εξελίξεις και εμπειρίες και πάνω από όλα να είναι πρόθυμος να προσαρμόζει και να αλλάζει το σύστημα για να γίνει αυτό περισσότερο *ενέλικτο, χρήσιμο, και βιώσιμο* γι' αυτούς που πρόκειται να το εφαρμόσουν
8. Το σύστημα του Μ.Β.Ο. απαιτεί αρκετό χρόνο, κάποτε περισσότερο από αυτόν που ο μάνατζερ μπορεί να διαθέσει.

2.2 Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας

Αναφορικά με τον τίτλο του κεφαλαίου αυτού στόχοι είναι αρχικά η ιδιομορφία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες υγείας και έπειτα η περιγραφή των Μονάδων παροχής καθώς επίσης και η επισήμανση των ιδιαιτεροτήτων που έχει η οργάνωση και διοίκηση αυτών των Μονάδων. Τέλος ένας ακόμα στόχος είναι να περιγράψει την ελληνική πραγματικότητα και να αναδείξει τα ζητούμενα για την οργανωτική ανάπτυξη και εξέλιξη του τομέα υγείας σ' αυτή.

Ο όρος υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας όσο και την έννοια της περίθαλψης.

Η φροντίδα υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας, ενώ αντίθετα η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

2.2.1. Βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού.

Τα βασικά αυτά χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

α. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης καις τη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.

β . Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η επόμενη παράμετρος, η οποία χαρακτηρίζει τη χρησιμότητα του, είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στον καθένα από τους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και επίσης στη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.

γ. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται όμως μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος, μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση του (προληπτική ιατρική και αποκατάσταση. Επομένως πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

δ. Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών σ'αυτές και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν εκείνοι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η «αποδοχή» αναφέρεται κυρίως:

- στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και
- στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων, στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας παράγονται και προσφέρονται στους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Ε.Σ.Υ. και Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

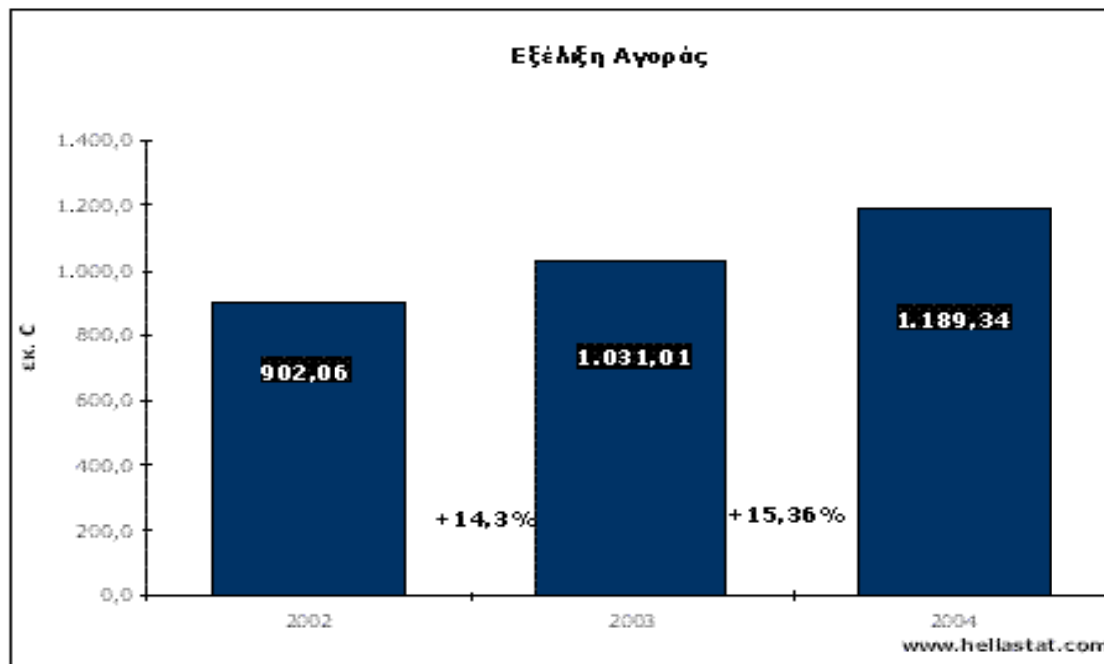
Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ.

Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990⁶.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Εξέλιξη αγοράς



Πηγή : www.hellastat.com

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ)⁷. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ. (Κάθετη Στήλη = Δαπάνες για ιδιωτική υγεία).

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα της Hellastast (ΠΙΝΑΚΑΣ 8) η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών τους της τάξης του 14,3%

⁷www.hellastat.com

μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής, κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.
- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας.
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων. Παράλληλα, σύναψε συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Οι υπηρεσίες υγείας βρίσκονται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν

πολύαριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η - έστω και με χαμηλούς ρυθμούς - σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι θετικοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται ότι θα συνεχισθούν. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8%.

3.1.1. Χρηματοδότηση: Πηγές χρηματοδότησης Ε.Σ.Υ

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις.

Τρία σημαντικά ερωτήματα είναι : ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης.

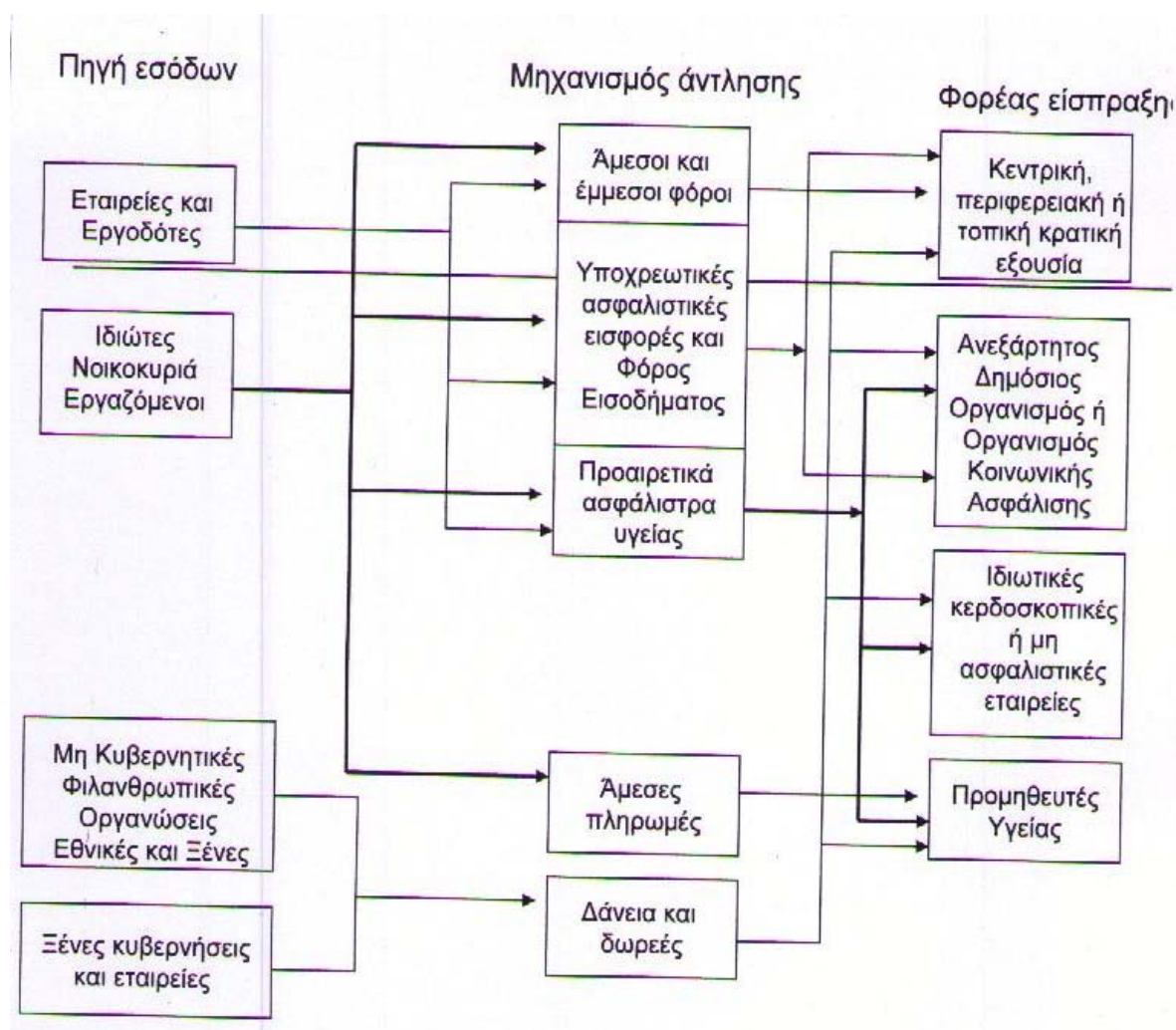
Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι οι εξής:

- Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων

υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος

- Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη

Σχεδιάγραμμα



Πηγές Χρηματοδότησης

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης κατά φθίνουσα σειρά ισοτιμίας είναι οι ακόλουθες:

Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης:

- 1) Η Φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι)

Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών (π.χ αγοροπωλησίες ακινήτων) και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική η οποία καλύπτει τις ανάγκες όλου του προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας, και ειδική ή υποθηκευμένη (hypothecated), η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό, και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού (γνωστοί και ως «φόροι αμαρτίας»-«sin taxes»)

2) Η κοινωνική ασφάλιση

Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης:

1) Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες.

Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια (δωρεές από μη κυβερνητικούς οργανισμούς) για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας. Στην Αφρική για παράδειγμα το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50% .

Όμως προκύπτουν κάποιοι προβληματισμοί: αυξάνουν οι δωρεές την καθαρή δαπάνη υγείας ή αν απλώς υποκαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης.

Όταν τα έσοδα της εξωτερικής βοήθειας δεν διοχετεύονται κεντρικά προς τα ταμεία του κράτους, τότε ανακύπτουν προβλήματα, καθώς

αναπτύσσονται αποσπασματικά και μη συντονισμένα υγειονομικά προγράμματα διατηρώντας έτσι χαμηλή την απόδοση του συστήματος υγείας.

Η εξωτερική βοήθεια είναι επιρρεπής στις προτεραιότητες των δωρητών και ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια πηγή χρηματοδότησης με μακροχρόνιο ορίζοντα.

2) Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα.

Σε λίγες χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση-καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης (opt out) - λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα.

Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι της, έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού (καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα) και τυγχάνουν αναβαθμισμένης ξενοδοχειακής νοσηλείας στο δημόσιο τομέα.

Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες θεσμοθετημένες συμπληρωμές κατά τη λήψη δημοσίων υπηρεσιών υγείας, αναιρώντας έτσι, την επίδραση του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, στον περιορισμό της άσκοπης χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

3.1.2. Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την

αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων [3]. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή Κλινών

	Σύνολο	Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία	340	60%	40%
Στην Αττική	110	62,5%	37,5%
Κλίνες Ασθενών	50.,000	30%	70%
Στην Αττική	23.,000	34%	66%

Πηγή: ΕΣΥΕ

3.1.3. Ιδιωτικές κλινικές

Οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούν μια παράδοση στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην πορεία της εξέλιξης τους, μετατράπηκαν από μικρές μονάδες με 20-50 κλίνες μιας ή και περισσότερων ειδικοτήτων, σε μεγαλύτερες μονάδες

δυναμικότητας άνω των 100 κλινών, οι οποίες συνήθως προέκυπταν από συνεργασίες ομάδων ιατρών (σημειώνουμε ότι ήδη από την δεκαετία του '30 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας περισσότερες από 70 ιδιωτικές κλινικές όλων των ειδικοτήτων ενώ στην Θεσσαλονίκη γύρω στις 20).

Σήμερα, η πλειονότητα των ιδιωτικών κλινικών έχουν δυναμικότητα 41-100 κλίνες ενώ σχετικά υψηλός είναι και ο αριθμός των κλινικών με δυναμικότητα άνω των 100 κλινών. Σχετικά με τις πολυδύναμες κλινικές (με περισσότερες από 300 κλίνες) αυτές είναι ελάχιστες και βρίσκονται μόνο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, προσφέρουν όμως μια ευρεία δέσμη υπηρεσιών τόσο προληπτικού-διαγνωστικού, όσο και θεραπευτικού χαρακτήρα. Η ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών κλινικών κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70 περιορίστηκε σημαντικά μετά το 1980, τόσο λόγω της ακολουθούμενης περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, όσο και εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα όπου ο συνδυασμός του κλειστού νοσηλίου το οποίο καθιερώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70 και των χαμηλών τιμών, οδήγησε σε συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα. Η εφαρμογή των παραπάνω, οδήγησε πολλές κλινικές μικρής δυναμικότητας σε διακοπή της λειτουργίας τους, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με την μετατροπή αρκετών νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΔ κοινωφελούς χαρακτήρα σε ΝΠΔΔ προκάλεσε μια σημαντική ανακατανομή στη σύνθεση των θεραπευτηρίων και των κλινών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Η άρση βέβαια του περιορισμού ως προς την ίδρυση, λειτουργία, και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών με το προεδρικό διάταγμα 517/91, αναζωπύρωσε το επενδυτικό ενδιαφέρον και προσέλκυσε σημαντικά κεφάλαια στο χώρο της ιδιωτικής παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι προσδοκίες μάλιστα για υψηλή κερδοφορία έγιναν ακόμη περισσότερες, λόγω της δυνατότητας ίδρυσης διαγνωστικών μονάδων εντός των κλινικών και συνεπώς της δραστηριοποίησης των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτή η πρακτική της δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων εντός των εγκαταστάσεων τους για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία ακολουθήθηκε από την πλειονότητα των μεγάλων κλινικών, εξηγεί την διαρκή αναβάθμιση ιατρικού εξοπλισμού που αποτελεί κύριο γνώρισμα του ιδιωτικού τομέα υγείας τα τελευταία χρόνια.

Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι σύμφωνα με σχετική έρευνα το 90% περίπου των ιδιωτικών επενδύσεων για την υγεία αφορούν στην υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δημοσίων επενδύσεων υπολογίζεται σε 30% (για την περίοδο 1987-1991)(Κυριόπουλος Γ.,Γεωργούση Ε.,Δρίζη Μ.(1993) οι επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα). Έτσι ο ιδιωτικός τομέας έχει στις περισσότερες κατηγορίες των ιατρικών μηχανημάτων αναβαθμίσει και επεκτείνει τον εξοπλισμό του σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι ο δημόσιος, ενώ η απόκλιση γίνεται ακόμη μεγαλύτερη με δεδομένο ότι η προσφορά του ιδιωτικού τομέα σε νοσοκομειακές κλίνες είναι μικρότερη από το 1/3 της συνολικής προσφοράς.

Χαρακτηριστική περίπτωση νοσηλευτικών μονάδων που επεκτάθηκαν στην ίδρυση σύγχρονων εξεταστικών κέντρων και παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες αποτελούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια. Παρά μάλιστα την υπογεννητικότητα που πλήττει την χώρα μας τα τελευταία χρόνια και η οποία λογικά συνεπάγεται μείωση της πληρότητας των ιδιωτικών μαιευτηρίων στο σύνολο τους, διαφαίνεται μια έντονη επενδυτική δραστηριότητα των ιδιωτικών μονάδων του κλάδου, τόσο για την ανέγερση και βελτίωση των κτιριακών τους εγκαταστάσεων, όσο και για την αναβάθμιση του ιατρικού τους εξοπλισμού.

3.2. Ο Ιδιωτικός Τομέας στην Ελλάδα και ο ρόλος του

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, η οποία συνοδεύεται από την επένδυση σημαντικών κεφαλαίων που κατά κύριο λόγο επενδύονται στη ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες και συνεπώς στη δημιουργία προοπτικών για σημαντικά κέρδη. Η αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, οφείλεται στο γεγονός ότι η ζήτηση που δεν καλύπτεται από το δημόσιο τομέα, καλύπτεται όλο και περισσότερο, από τον ιδιωτικό. Δεν παρατηρείται δηλαδή υποκατάσταση της δημόσιας από την ιδιωτική παροχή, αλλά απλώς σταδιακή είσοδος περισσότερων ιδιωτικών

φορέων στο χώρο. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλει και η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια του κλάδου υγείας στα πλαίσια της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία αποτελεί μια πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης για τους συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγχρόνως, διαφαίνεται η τάση εισόδου ορισμένων ασφαλιστικών εταιριών στο χώρο της περίθαλψης, η οποία εκτιμάται ότι θα επιφέρει σημαντικές ανακατατάξεις στον κλάδο, με την δημιουργία κλειστών αγορών (προσφορά και ζήτηση).

Τα δεδομένα στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκαν μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, οδήγησαν τους προσανατολισμούς του ιδιωτικού τομέα υγείας κατά κύριο λόγο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Προς την κατεύθυνση αυτή συνέβαλε κατ' αρχάς η αδυναμία προσαρμογής του δημόσιου τομέα στα νέα δεδομένα τα οποία δημιουργήθηκαν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συντελέστηκε μετά τα μέσα της δεκαετίας του '80. Αντίθετα η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία συγκεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος προσαρμόστηκε με ταχείς ρυθμούς στις τεχνολογικές εξελίξεις και με κίνητρο την διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και κατ' επέκταση τα υψηλά προσδοκώμενα ποσοστά κερδοφορίας, επεκτάθηκε σημαντικά κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής.

Επιπρόσθετα, ο προσανατολισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διαγνωστικές υπηρεσίες οφείλεται και στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε από το κράτος μετά την μεταρρύθμιση του ΕΣΥ ως προς την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην νοσοκομειακή φροντίδα και αφετέρου στο υψηλό κόστος κατασκευής και εξοπλισμού που συνεπάγεται η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με το μακροπρόθεσμο χαρακτήρα μιας τέτοιας επένδυσης και με τις ιδιαίτερα χαμηλές τιμές που προβλέπουν για το ημερήσιο νοσήλιο οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, καθιστούν μη ελκυστική την εμπλοκή ιδιωτών στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Εξαίρεση αποτελούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια στα οποία παρατηρείται μια τάση ολιγοπώλησης της αγοράς και μια έντονη επενδυτική δραστηριότητα, καθώς εκτός από την παροχή γυναικολογικών και μαιευτικών υπηρεσιών, επεκτείνονται και στην παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών, με την ίδρυση σύγχρονων εργαστηριακών τμημάτων.

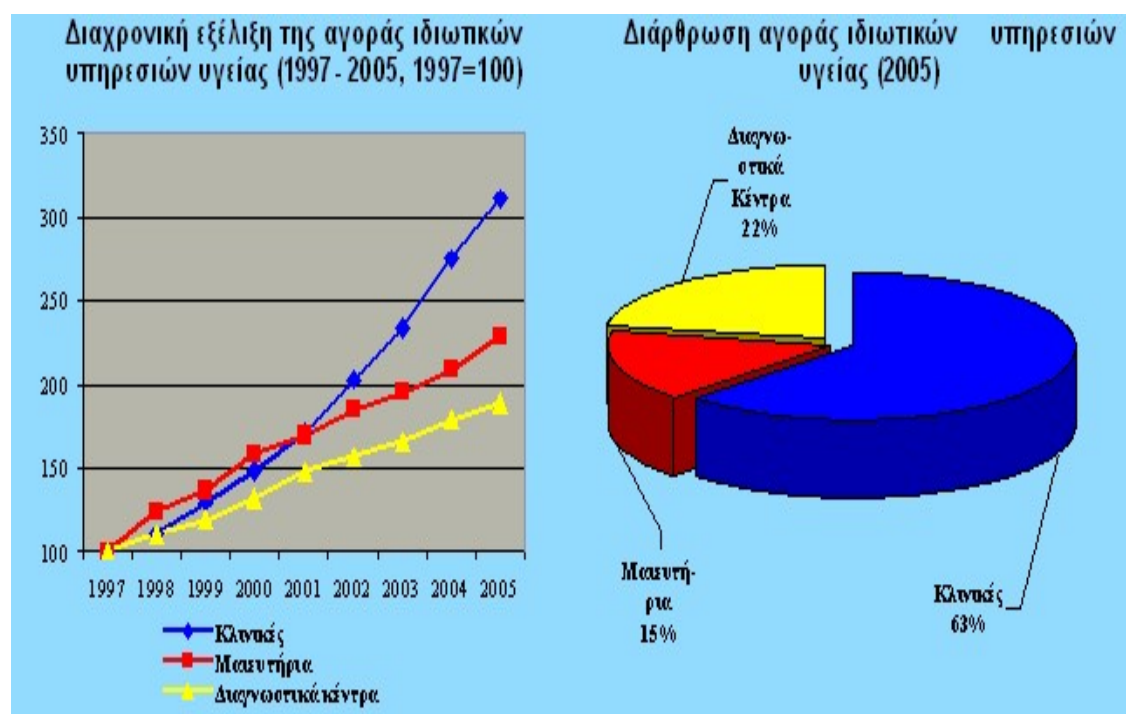
Αξιοσημείωτη είναι και η τάση τα τελευταία χρόνια μονοπώλησης της ιδιωτικής νοσοκομειακής αγοράς από μεγάλες μονάδες που εξαγοράζουν τις μικρότερης εμβέλειας κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να προβούν σε επενδύσεις για τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

3.3. Η Πορεία του κλάδου ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιεί η ICAP⁸ μας ενημερώνει πως συνεχίζει την ανοδική του πορεία ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο διάστημα 1998-2004, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,1%, για να ανέλθουν κατά το 2004 στο 46,1% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, το 2003 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 218 ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι κλίνες στα ιδιωτικά θεραπευτήρια κάλυψαν το 28,1% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές. Όσον αφορά τα διαγνωστικά κέντρα, σύμφωνα με στοιχεία της Πανελληνίας Ένωσης Ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων, σε ολόκληρη τη χώρα εκτιμάται ότι λειτουργούν πάνω από 400 κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους.

⁸www.icap.gr, Εταιρία Οικονομικών Πληροφοριών, Εκδόσεων και Συμβούλων Επιχειρήσεων στην Ελλάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Διαχρονική εξέλιξη αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών



Πηγή: ΕΣΥΕ – Κάθετος άξονας = αριθμός κλινικών ή μαιευτηρίων ή διαγνωστικών κέντρων

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας, παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%. Ειδικότερα ανά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%. Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 63% περίπου για το 2005, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 15% περίπου της αγοράς. Το υπόλοιπο 22% της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά

διαγνωστικά κέντρα. Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών συμμαχιών, καθώς και οι μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας.

Αποτέλεσμα των εξαγορών και συγχωνεύσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου, είναι η δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών και γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά, αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Πρέπει να αναφέρουμε τους παράγοντες που συνέβαλλαν στην αναπτυξιακή πορεία του κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας καθώς η αναπτυξιακή πορεία του κλάδου των υπηρεσιών υγείας, συνεχίστηκε και το 2005, με την αξία της αγοράς να διαμορφώνεται σε 1,34 δις., αυξημένη κατά 12,2% έναντι του 2004. Το πλαίσιο ανάπτυξης του κλάδου διαμορφώθηκε από μια σειρά ρυθμιστικών, τεχνολογικών, δημογραφικών, αλλά και αμιγώς επιχειρηματικών παραγόντων. Ειδικότερα αναφέρονται [12]:

- Η απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας, που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης, σε ένα περιβάλλον που ο δημόσιος τομέας παραδοσιακά εμφανίζει αδυναμίες ανταπόκρισης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη, εξελίξεις που συνεπάγονται την ανάγκη αυξημένων επενδύσεων
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού

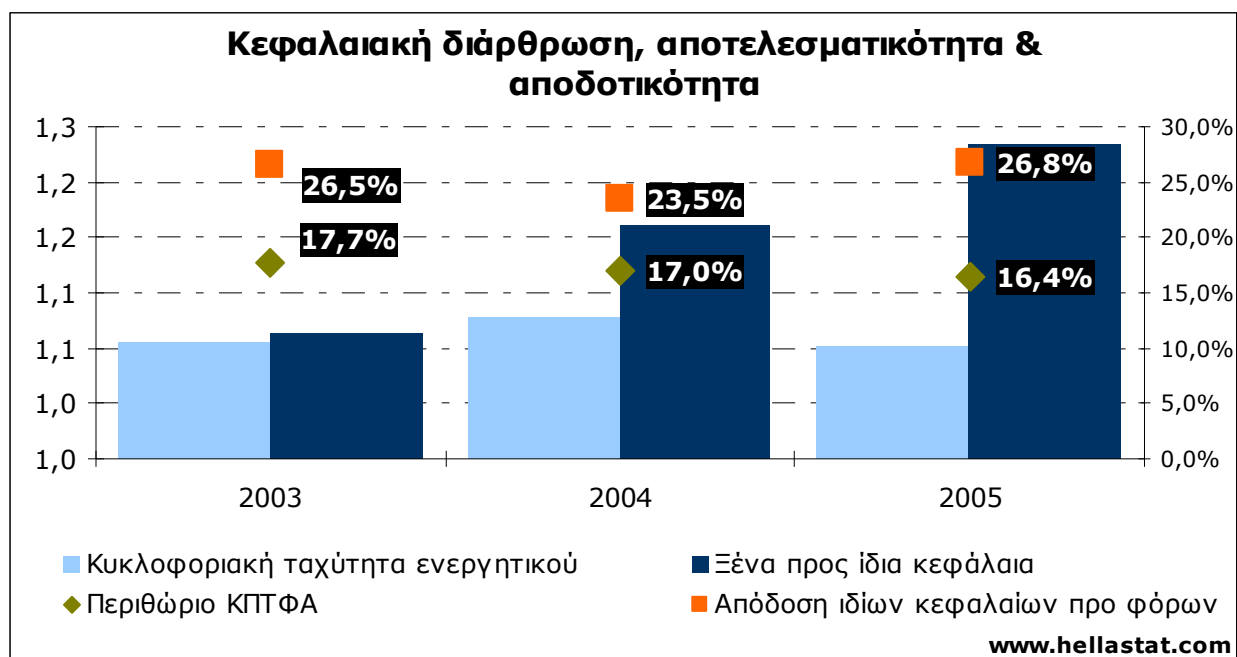
- Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Ο κλάδος παρουσιάζει αυξημένη συγκέντρωση, με τις μεγαλύτερες εταιρίες να κατέχουν το 58% περίπου της αγοράς.

Τα προ φόρων κέρδη του κλάδου διαμορφώθηκαν στο ύψος των 108,53 εκ .€, σημειώνοντας αξιοσημείωτη άνοδο κατά 22,4% (19,9% την περίοδο 04/03), γεγονός που οφείλεται στη σημαντική βελτίωση του αντίστοιχου περιθωρίου κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες, από 8,9% το 2004 σε 10,9% το 2005.

Επισημαίνεται ότι η ελκυστική αυτή εικόνα οφείλεται στις 20 μεγαλύτερες εταιρίες, οι οποίες, αυξάνοντας την κερδοφορία τους σχεδόν κατά 40%, συγκεντρώνουν το 66% των συνολικών κερδών, ισχυροποιώντας τη θέση τους από το 2004, όταν και κατείχαν το 58% των κερδών του κλάδου. Σε αυτή την τάση συντελεί και η οριακή κάμψη της κερδοφορίας των μικρότερων μονάδων (-0,9%), δείγμα της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στο γιγαντισμό των μεγάλων παικτών. Η κυκλοφοριακή ταχύτητα των συνολικών κεφαλαίων παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, οριακά μειωμένη έναντι του 2004 (1,05 από 1,08).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κεφαλαιακή διάρθρωση, αποτελεσματικότητα και



αποδοτικότητα

Πηγή: Hellastat

Το περιθώριο λειτουργικής κερδοφορίας διαγράφει μια διαχρονικά πτωτική πορεία (από 17,7% το 2003 σε 16,4% το 2005), ωστόσο εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα υψηλότερα μεταξύ του συνόλου των κλάδων της οικονομίας.

Η αποδοτικότητα των επενδεδυμένων κεφαλαίων ανέρχεται από 23,5% το 2004 στο αρκετά υψηλότερο 26,8%, γεγονός που οφείλεται αφενός στη σημαντική βελτίωση του περιθωρίου καθαρών προ φόρων κερδών (από 8,9% σε 10,9%) και αφετέρου στην αυξημένη χρήση εξωτερικών κεφαλαίων, με το δείκτη μόχλευσης να επιδεικνύει σταθερά ανοδική πορεία: 1,06 το 2003, 1,23 το 2005⁹.

Οι 8 μεγαλύτερες επιχειρήσεις (έσοδα άνω των 50 εκ. €) επιδεικνύουν τη χαμηλότερη αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων (6,3%), καθώς τα συνολικά τους κεφάλαια ανακυκλώνονται μόλις 0,51 φορές. Αντιθέτως, οι εταιρείες με

⁹www.hellastat.com

έσοδα 1 εκ.€ - 3 εκ. € εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα (32%). Όλα αυτά τα οικονομικά δεδομένα μπορούμε να τα δούμε συνοπτικά και στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου

Αριθμοδείκτες	ΕΤΗ		
	2005	2004	2003
Κεφαλαιακή Διάρθρωση			
Βραχ. υποχρεώσεις / Πωλήσεις	47,60%	45,40%	46,10%
Βραχ. τραπεζικές υποχρ. / Πωλήσεις	16,70%	13,00%	13,30%
Ξένα προς ίδια κεφάλαια	1,23	1,16	1,06
Κάλυψη τόκων από λειτουργικά κέρδη	12,5	13,2	14,6
Βραχ. Υποχρεώσεις προς Ενεργητικό	51,60%	52,10%	50,50%
Ρευστότητα			
Γενική ρευστότητα	1,23	1,25	1,22
Άμεση ρευστότητα	1,19	1,24	1,2
Εμπορικός Κύκλος	-28	-32	-25
Ημέρες απαιτήσεων	142	134	128
Ημέρες αποθεμάτων	8	7	8
Ημέρες πίστωσης από προμηθευτές	178	173	160
Κερδοφορία & Αποδοτικότητα			

Περιθώριο μικτού κέρδους	35,80%	37,60%	37,60%
Περιθώριο ΚΠΤΦΑ	16,40%	17,00%	17,70%
Περιθώριο καθαρού κέρδους (προ φόρων)	10,90%	8,90%	11,30%
Απόδοση συνολικού ενεργητικού προ φόρων	10,70%	9,70%	12,20%
Απόδοση ιδίων κεφαλαίων προ φόρων	26,80%	23,50%	26,50%
<i>Διάμεσος</i>			

Πηγή : www.hellastat.com

3.4. Οργάνωση και λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών

Για πολλές δεκαετίες στην Ελλάδα η ιδιωτική πρωτοβουλία ανέλαβε τη λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων και των ιδιωτικών (μικρών και μεσαίου μεγέθους) κλινικών.

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η επέκταση που είχε ο δημόσιος τομέας στον χώρο της υγείας είχε ως άμεση συνέπεια την συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στις μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης και τη στροφή του ενδιαφέροντος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ιδιαίτερα όσον αφορά το διαγνωστικό μέρος, με επενδύσεις που έγιναν στην εισαγωγή σύγχρονου ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο δημόσιος τομέας αντιμετώπιζε προβλήματα χρηματοδότησης που σε συνδυασμό με χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες που ισχύουν σ' αυτόν, δεν επέτρεψαν κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής να εφοδιαστούν έγκαιρα τα δημόσια νοσοκομεία τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό βιοιατρικής τεχνολογίας και κατά συνέπεια δεν ήταν σε θέση να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών διαγνωστικής υψηλής τεχνολογίας. Η αδυναμία αυτή λοιπόν που αντιμετώπιζε ο δημόσιος τομέας έκανε πρόσφορο το έδαφος στον ιδιωτικό τομέα να διεισδύσει στον χώρο των διαγνωστικών εργαστηρίων και κέντρων όπου η

παρουσία του κράτους ήταν περιορισμένη, και να σημειώσει ιδιαίτερα μεγάλη ανάπτυξη την περίοδο αυτή.

Η αλλαγή του νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επέτρεψε στον ιδιωτικό τομέα να αρχίσει να επενδύει και πάλι στη νοσοκομειακή περίθαλψη έχοντας προφανώς βλέψεις ότι αυτή αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας με ευνοϊκές προοπτικές για το μέλλον. Αρχικά η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ήταν στα χέρια ομάδων γιατρών. Η ραγδαία όμως και σπουδαία ανάπτυξη που σημείωσε η ιατρική τεχνολογία και οι μεγάλες πλέον επενδύσεις που απαιτούνται έχουν ως συνέπεια, η ιδιοκτησία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών να περιέρχεται σε μεγαλοεπενδυτές, σε μεγάλους χρηματοδοτικούς οργανισμούς ή ασφαλιστικές εταιρείες.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς επίσης και οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούνται από τρεις βασικές υπηρεσίες οι οποίες είναι οι εξής:

- Ιατρική υπηρεσία
- Νοσηλευτική υπηρεσία
- Διοικητική υπηρεσία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Οι γιατροί αυτοί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς κατόπιν ιδιαίτερης συμφωνίας και συνεπώς το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η ιδιωτική κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή την μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών.

Συνεπώς οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι μειώνεται σημαντικά το λειτουργικό κόστος του ιδιωτικού νοσοκομείου ή κλινικής. Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, όταν στο νοσοκομείο ή στην κλινική δεν βρίσκονται οι επισκέπτες ή οι συνεργάτες γιατροί, τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή οι κλινικές διαθέτουν περιορισμένο αριθμό μόνιμων γιατρών.

Οι γενικές και ειδικές τεχνικές προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές, ο ιατρικός εξοπλισμός που είναι απαραίτητος και οφείλουν να διαθέτουν τα εργαστήρια, τα τμήματα και οι μονάδες που υποχρεωτικά πρέπει να λειτουργούν σ' αυτά, το προσωπικό και η σύνθεση του κτλ ανάλογα με τον αριθμό των κλινών τους και την εξειδίκευση των τμημάτων που λειτουργούν, έχουν οριστεί με τις διατάξεις του ΠΔ 517/1991.

3.5. Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

Είναι αρκετοί οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων.

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Βέβαια τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία

- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών
- Ποσοστό εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς το 2005: 16,4%

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας αξίζει να τονιστεί ότι η υγεία είναι «ανεκτίμητη». Οτιδήποτε μπορεί να συμβάλει στη διατήρησή της και στην αντιμετώπιση της αρρώστιας επιβάλλεται να γίνει. Ζητούμενο είναι η επιλογή μεθόδων που εξασφαλίζουν το καλύτερο αποτέλεσμα με αποδεκτό κόστος. Η Ελλάδα είναι η πλουσιότερη χώρα στον κόσμο με κριτήριο τον αριθμό των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, και οι Έλληνες είναι οι καλύτεροι καταναλωτές πρακτικά όλων των νέων ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων, χωρίς να απολαμβάνουν αντίστοιχη βελτίωση στους δείκτες προαγωγής υγείας. Το προαναφερθέν γεγονός οφείλεται σε ορισμένους παράγοντες οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι: οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της Ελλάδας, αλλά και η ανισοκατανομή των πόρων μεταξύ του κέντρου και των περιφερειών έχουν συμβάλει στην άνιση κατανομή των φορέων υγείας, επιβαρύνοντας την προσβασιμότητα ενός μέρους του πληθυσμού, ιδιαίτερα εκείνων των αγροτικών

περιοχών. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα υστερεί στην πρόληψη ενώ δίδει ιδιαίτερο βάρος στην θεραπεία επιβαρύνοντας περισσότερο τα οικονομικά της υγείας.

Οι ελλιπείς υλικοτεχνικές υποδομές και οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό μειώνουν την παραγωγικότητα αλλά και την ποιότητα του αγαθού. Οι προαναφερθέντες παράγοντες παράγουν ανισότητες που έχουν αποδέκτες τα άτομα.

Η οικονομική κρίση μπορεί να είναι αφετηρία αναδιοργάνωσης ενός αναποτελεσματικού και καταχρεωμένου συστήματος Υγείας με προϋπόθεση την άρση των πονηρών «ιδεολογικών» ερεισμάτων του «αδιαπραγμάτευτα δημόσιου και ανοιχτού σε όλους συστήματος Υγείας». Απαιτείται η αναγνώριση των στοιχειωδών οικονομικών κανόνων λειτουργίας κάθε συστήματος περίθαλψης, η μελέτη της διεθνούς εμπειρίας και η σύνδεση, στο όνομα της συμπληρωματικότητας και της ελεγχόμενης αξιοπιστίας, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η λειτουργική Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) Υγείας προϋποθέτει την καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και του εξοπλισμού ολόκληρου του συστήματος και κατανομή των καθηκόντων κάθε φορέα.

Τέλος αξίζει να υπογραμμιστεί ότι οποιοδήποτε σύστημα υγείας κι αν επιλεγεί, θα πρέπει να διέπεται από τις αδιαμφισβήτητες αλήθειες ότι η υγεία προάγει τόσο το ζην, όσο και το ευ ζην (*Αριστοτέλης*), ότι προάγει την ελευθερία αίροντας αρνητικούς παράγοντες, όπως η ασθένεια, που πρέπει να εξαλειφθούν από την ανθρώπινη κοινωνία, (*Mill*), ότι διασφαλίζει την αναπαραγωγή της κοινωνίας (*Marx*) και την δικαιοσύνη ως ισότητα (*Rawls*).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Αλεξιάδης Α.Δ. (2003). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη.
- [2] Γουλιά Β. Ασπασία, (2007) Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου., εκδ Παπαζήση Αθήνα
- [3] Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα.
- [4] Κυριόπουλος Γ., (1990). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- [5] Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α., 2007. Οι «Περιπέτειες» των Μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Μια Ιστορική Επισκόπηση. Κοινωνία–Οικονομία–Υγεία, 1: 35-67.
- [6] Λαδά – Χαντζοπούλου Α., (1978). Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα, Εκδ. Σύγχρονα Θέματα. Αθήνα
- [7] Νιάκας Δ., (1995). Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας, εκδ. Γνώση Αθήνα
- [8] Παναγιώτου Μ., Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, Εκδόσεις Αστύρ

- www.google.gr
- www.in.gr
- www.kathimerini.gr

