

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
Π.Μ.Σ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων
κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά: Η περίπτωση
των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου**



ΜΑΡΙΑ ΑΛΒΑΝΟΥ
A.M.: 2332019001

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Αικατερίνη Κόκκινου

ΧΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021

«Είμαι συγγραφέας αυτής της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας και κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων ή ιδεών, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά, ειδικά για τη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία».

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Σχεδιασμός Έρευνας.....	9
1.1 Αντικείμενο Μελέτης	9
1.2 Μεθοδολογία μελέτης.....	10
1.3 Δομή εργασίας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η δομή και η λειτουργία του Δημόσιου Συστήματος Υγείας της Ελλάδας ..	11
2.1 Εισαγωγή	11
2.2 Ορισμός της Υγείας.....	11
2.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας.....	12
2.4 Δείκτες υγείας	14
2.4.1 Ο Ρόλος δεικτών υγείας	14
2.4.2 Κατηγορίες δεικτών υγείας	15
2.5 Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	18
2.6 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	19
2.6.1 Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες	19
2.6.2 Πρωτοβάθμια περίθαλψη	21

2.6.3 Δευτεροβάθμια περίθαλψη.....	23
2.6.4 Τριτοβάθμια περίθαλψη.....	24
2.7 Ο ρόλος των Υ.ΠΕ. και η 2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Νήσων Αιγαίου	24
2.8 Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις εν μέσω οικονομικής κρίσης.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο :Οικονομικοί κύκλοι και η αποτύπωση τους στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης.....	28
3.1 Εισαγωγή.....	28
3.2 Η έννοια της κρίσης.....	28
3.3 Ανάλυση της οικονομικής κρίσης.....	28
3.4 Η σημερινή παγκόσμια οικονομική κρίση.....	29
3.5 Αίτια της οικονομικής κρίσης.....	30
3.6 Η σημερινή παγκόσμια αντίδραση για την οικονομική κρίση.....	31
3.7 Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία.....	32
3.8 Επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.....	33
3.9 Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Οι δαπάνες των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά.....	38
4.1 Δαπάνες ελληνικών νοσοκομείων εν μέσω οικονομικής κρίσης.....	38
4.2 Επιπτώσεις των Δαπανών στο σύστημα υγείας και στους ασθενείς.....	40
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	43
Κεφάλαιο 5 ^ο :Η εξέλιξη των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου.	43
5.1 Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	43
5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	44
5.3 Περιγραφή Εργαλείου Έρευνας.....	45
5.4 Δείγμα έρευνας.....	46
5.5 Στατιστικές Αναλύσεις.....	46
Κεφάλαιο 6 ^ο : Ανάλυση δεδομένων.....	49
6.1 Περιγραφική στατιστική.....	49
6.2Επαγωγική Στατιστική.....	59
6.3Δευτερογενή στοιχεία.....	70
Κεφάλαιο 7 ^ο :Συμπεράσματα έρευνας.....	76
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	86

Πίνακες

Πίνακας 1 Πίνακας περιγραφικής στατιστικής ερωτήσεων κλίμακας	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 2 Cronbach's Alpha Αξιοπιστία για τις 21 ερωτήσεις κλίμακας	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 3 Πίνακας Κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 4 Έλεγχος MannWhitney ερωτήσεων κλίμακας και Διακριτών ερωτήσεων	Error! Bookmark not defined.

1. Σχήματα

Σχήμα 1 Φύλο	50
Σχήμα 2 Ηλικία	51
Σχήμα 3 Οικογενειακή κατάσταση	52
Σχήμα 4 Έχετε παιδιά	53
Σχήμα 5 Αν ναι έχετε παιδιά, πόσα	54
Σχήμα 6 Μορφωτικό επίπεδο	55
Σχήμα 7 Χρόνια προϋπηρεσίας	56
Σχήμα 8 Σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία	57
Σχήμα 9 Μισθοδοσία Συνόλου Νοσοκομείων 2 ^{ης} Υ.ΠΕ.	70
Σχήμα 10 Μισθοδοσία Νοσοκομείων 2 ^{ης} Υ.ΠΕ.	71
Σχήμα 11 Δαπάνη Φαρμάκου Συνόλου Νοσοκομείων 2ης Υ.ΠΕ.	72
Σχήμα 12 Δαπάνη Φαρμάκου Νοσοκομείων 2ης Υ.ΠΕ.	73
Σχήμα 13 Προϋπολογισμός Δαπανών Συνόλου Νοσοκομείων 2 ^{ης} Υ.ΠΕ.	74
Σχήμα 14 Προϋπολογισμός Δαπανών Νοσοκομείων 2 ^{ης} Υ.ΠΕ.	75

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια της συγκεκριμένης εργασίας, κ. Κόκκινου Αικατερίνη, για την πολύτιμη βοήθειά της, την ενθάρρυνση, τις υποδείξεις της, το αμείωτο ενδιαφέρον και την συνεχή υποστήριξη που έδειξε. Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στο κ. Δούνια Γεώργιο, Διευθυντή Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών και Καθηγητή Τμήματος Μηχανικών Οικονομίας και Διοίκησης του Πανεπιστημίου Αιγαίου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όταν με επέλεξε να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό του πρόγραμμα .. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Βασιλάκη Παναγιώτη ο οποίος συμμετείχε στην επιτροπή της παρουσίασής της εργασίας μου....

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω σε όλους τους συναδέλφους που συμμετείχαν ολόψυχα στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και προσέφεραν την πολύτιμη βοήθειά τους για την πραγματοποίησή του. Τέλος, θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω με όλη μου την καρδιά την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου και τις κόρες μου, αλλά και τους γονείς μου για την στήριξη και την κατανόηση κατά την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, αλλά και κατά την εκπόνηση αυτής της έρευνας. Χωρίς την πολύτιμη βοήθειά τους δεν θα μπορούσα να πραγματοποιήσω ένα όνειρο ζωής, η αμέριστη υπομονή τους σε όλες μου τις δύσκολες στιγμές με οδήγησε στην ολοκλήρωση αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου αλλά και η αποτύπωση της επίδρασης από τους εργαζομένους του κλάδου της υγείας. Προκειμένου να διερευνηθούν οι στόχοι της παρούσης έρευνας και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα διεξήχθη πρωτογενής ποσοτική έρευνα. Για την διερεύνηση των απόψεων των εργαζομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο . Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 102 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι εργαζόμενοι συμφώνησαν πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας, έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση, οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α) υποστελεχώνονται, η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών και στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι εξέφρασαν ουδέτερη άποψη για το αν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά, στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία και το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

Λέξεις Κλειδιά: υγεία, οικονομική κρίση, μεταρρυθμίσεις, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the costs of hospitals in Piraeus and the Aegean Islands and to capture the impact on health care employees. In order to investigate the objectives of the present research and to answer the research questions, a primary quantitative research was conducted. A questionnaire was prepared to investigate the views of employees. The sample of the research consisted of 102 health professionals, who were collected using the method of simple random sampling. According to the results of the study, the employees agreed that the financial crisis has had negative consequences for the welfare state, the quality of the provided health services has been affected by the financial crisis, the services of the Public Sector (e.g. insurance funds, hospitals, ministries, local authorities, etc.) are understaffed, any lack of staff in the various public services affects the quality of services provided, the government must recruit new staff for better operation of services and in public hospitals there are shortages of logistical equipment.

In addition, employees expressed a neutral view on whether they are satisfied with the quality of the health services provided and how the new primary care system known as the Primary National Health Network (PEDY) operates, in public hospitals, PEDY clinics and other administrative services of the insurance funds the citizens are well served, in the public hospitals there are so many shortages in medical and nursing staff to the extent that the public health is undermined and the staff is adequately informed and trained with the constant amendments and revisions to the regulations on the provision of health and welfare services.

Keywords: health, financial crisis, reforms, efficiency, effectiveness

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα έχει πληγεί βαθιά από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, με ευρείες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Το 2013, η χώρα εισήλθε στο πέμπτο έτος της ύφεσης και λειτουργούσε εντός αυστηρά περιορισμένων φορολογικών ορίων. Η Ελλάδα για πολύ καιρό υφίσταντο μια μαζική και άνευ προηγουμένου διαδικασία αλλαγών και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, σε μεγάλο βαθμό από τους όρους της δανειακής της συμφωνίας με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) (Τρόικα). Αυτή η διαδικασία ήρθε σε πλήρη αντίθεση με τις προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, οι οποίες παρεμποδίστηκαν από την έντονη αντιπολίτευση των ενδιαφερομένων και την αδύναμη διοικητική ικανότητα (Economou, 2010). Πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Ως αποτέλεσμα, ήταν ευάλωτο σε οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένο να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές είχαν προταθεί στο παρελθόν. Οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις επικεντρώνονταν στις επιχειρησιακές, οικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις και τα μέτρα περιορισμού του κόστους είχαν γενικά τη μορφή περικοπών σε γενικές γραμμές. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν γρήγορα, χωρίς να λαμβάνονται επαρκώς υπόψη οι πιθανές παρενέργειες. Ωστόσο, σημαντικά θετικά βήματα περιλαμβάνουν την τυποποίηση του πακέτου παροχών για την υγεία για όλους τους πολίτες, νέα εργαλεία παρακολούθησης για τη διαχείριση του νοσοκομείου, ένα πιθανό σύστημα πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη, την εφαρμογή του συστήματος λογαριασμών υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ένα ισχυρότερο και πιο διαφανές σύστημα προμηθειών και την ανάπτυξη εργαλείων διακυβέρνησης ηλεκτρονικής υγείας (Sakellarides Sakellarides et al., 2014).

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Αντικείμενο Μελέτης

Μια πανεπιστημιακή ερευνητική μελέτη που εξέτασε την απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων ως προς την αποτελεσματικότητά τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης διαπίστωσε ότι παρά τις σοβαρές προσπάθειες περιορισμού του κόστους, μόνο το 28% των 90 νοσοκομείων που αναλύθηκαν βρέθηκε να είναι αποτελεσματικό (Kaitelidou et al., 2012). Ωστόσο, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία bootstrapping, κανένα από τα νοσοκομεία δεν ήταν αποτελεσματικό, ενώ η χρήση των διαθέσιμων εισροών δεν ξεπέρασε το 80%. Ωστόσο, μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποτελεσματικές πολιτικές προμηθειών, ηλεκτρονικές δημοπρασίες, διαγωνισμοί και επαναδιαπραγμάτευση συμβάσεων με διάφορους προμηθευτές. Το 2011, τα γενικά νοσοκομεία επικεντρώθηκαν μόνο στις προσπάθειες περιορισμού του κόστους, οι οποίες, στην πραγματικότητα, δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Πράγματι, οι δαπάνες μειώθηκαν κατά περίπου 680 εκατομμύρια ευρώ (από το 2009 έως το 2011), αλλά αυτό οφείλεται κυρίως σε περικοπές σε «εύκολα αναγνωρισμένες προμήθειες» όπως φαρμακευτικές, ορθοπεδικές ή ιατρικές προμήθειες. Δύο ακόμη μελέτες παρουσίασαν παρόμοια ευρήματα, επισημαίνοντας ότι τα δημόσια νοσοκομεία πέτυχαν να μειώσουν τον προϋπολογισμό τους, αλλά ταυτόχρονα να μην αυξάνονται σημαντικά, οι βαθμολογίες αποδοτικότητας τους (Katharakis et al., 2013, Tsavalias, 2013).

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί μια εκτενή επισκόπηση της Ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με στόχο την ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά και συγκεκριμένα την ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου.

1.2 Μεθοδολογία μελέτης

Προκειμένου να μελετηθεί και να αναλυθεί η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά και συγκεκριμένα η ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου επιχειρήθηκε εκτενής επισκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, συλλογή δεδομένων από την βάση δεδομένων της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου αλλά και έρευνα πεδίου στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης.

1.3 Δομή εργασίας

Η εργασία ολοκληρώνεται μέσα από επτά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο, το εισαγωγικό, εισάγει τον αναγνώστη στο αντικείμενο της μελέτης, παρουσιάζει τον σκοπό της εργασίας, της μεθοδολογία βάσει της οποίας θα επιτευχθεί ο σκοπός και τέλος τη δομή της εργασίας. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από το δεύτερο και τρίτο κεφάλαιο. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τη δομή και τη λειτουργία του Δημόσιου Συστήματος Υγείας της Ελλάδας όπως και όλες του τις πτυχές αλλά και τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν λόγω της οικονομικής κρίσης. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην περιγραφή των οικονομικών κύκλων αλλά και στην αποτύπωση που έχει στην Ελλάδα εν μέσω οικονομικής κρίσης. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται στο τέταρτο κεφάλαιο, η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος που αφορά στις δαπάνες των νοσοκομείων της Ελλάδας εν μέσω οικονομικής κρίσης. Το πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία της παρούσης έρευνας, αποτυπώνοντας στην αρχή το σκοπό και τους στόχους της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα, το είδος της έρευνας, το εργαλείο και το δείγμα της αλλά και τα είδη των αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν. Το έκτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα από την ανάλυση του ερωτηματολογίου και το έβδομο κεφάλαιο συζητά τα ευρήματα της μελέτης καταλήγοντας στα τελικά της συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η δομή και η λειτουργία του Δημόσιου Συστήματος Υγείας της Ελλάδας

2.1 Εισαγωγή

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismark βάσει του 1ου άρθρου του νόμου 1397/83. «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση». Το παρόν κεφάλαιο έχει στόχο να αποσαφηνίσει εννοιολογικά την έννοια της υγείας, να παρουσιάσει τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, τους δείκτες υγείας, να αποτυπώσει τη δομή και την οργάνωση του ΕΣΥ, εστιάζοντας στον ρόλο των Υ.ΠΕ. και συγκεκριμένα στην 2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Νήσων Αιγαίου, με την οποία ασχολείται η παρούσα μελέτη. Όλα τα παραπάνω μελετώνται εντός πλαισίου οικονομικής κρίσης.

2.2 Ορισμός της Υγείας

Η Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(1946), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»(WHO, 2013).

Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.ά. Το πώς ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει, ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία, αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις, καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα που διαφοροποιούνται ανά κοινωνία. Είναι γνωστό ακόμα,

ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του.

2.3 Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας

Ο WHO επιδιώκοντας να δώσει έναν γενικό ορισμό υπό τον όρο κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, αναφέρει πως: «Οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας αφορούν στις συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν.» (WHO, Social Determinants). Το 2003, ο WHO, με τη δημοσίευση του «SolidFacts», αναφέρεται στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τα στοιχεία που υποδεικνύουν την αιτιώδη σχέση ανάμεσα στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και την υγεία, καθώς και την επίπτωση των πολιτικών υγείας (Wilkinson, Marmot, 2003):

- κοινωνική τάξη
- άγχος (συμπεριλαμβανομένου και του άγχους στην εργασία)
- πρόωμη παιδική ηλικία
- κοινωνικός αποκλεισμός
- εργασία
- ανεργία
- δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης
- εθισμοί
- διατροφή
- χρήση μέσων μεταφοράς

Ειδικότερα, επισημαίνει κυρίως πως οι κακές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου και πως ειδικά τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές βαθμίδες, διατρέχουν τουλάχιστον δύο φορές τον κίνδυνο σοβαρής ασθένειας και πρόωρου θανάτου, σε αντίθεση με εκείνα των ανώτερων βαθμίδων.

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας, και βέβαια ο πολιτισμός που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Απ' όλους αυτούς τους παράγοντες, ο πιο σημαντικός, όπως ήδη προαναφέρθηκε, είναι ασφαλώς η οικονομική κατάσταση. Η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Εκτός όμως από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης. Η σημασία αυτών των παραγόντων, και ιδιαίτερα της σχέσης της οικονομίας με την κοινωνική οργάνωση, έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές να προσεγγίζουν τα ζητήματα αυτά από τη σκοπιά της «κοινωνικοοικονομικής κατάστασης» (ΚΟΚ) του ατόμου, που συνδυάζει την οικονομία με την κοινωνική θέση -χωρίς αυτό να αναιρεί την ξεχωριστή επίδραση που καθεμιά ασκεί στην υγεία. Κατά σειρά σπουδαιότητας, ακολουθούν η εργασία, η οικογένεια και η εκπαίδευση, ενώ ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής είναι σχετικά πιο περιορισμένος.

Συχνά τα τελευταία χρόνια, ορισμένοι απ' αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας και υποστήριξης, λειτουργία δικτύων αλληλεγγύης, ισχυρούς ανθρώπινους δεσμούς, κ.ά.. που διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία προς αμοιβαίο όφελος. Τα κοινωνικά αυτά δεδομένα συνδέουν σημαντικούς τομείς της κοινωνίας και γεφυρώνουν κοινωνικές ρωγμές, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η κοινωνική συνοχή. Ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτουν οι επονομαζόμενες «κοινωνίες των πολιτών», οι οποίες ορίζονται ως οι κοινωνίες που δίνουν αξία και προτεραιότητα στην ισότητα, στη δικαιοσύνη, στην αλληλεγγύη, στη συμμετοχή των πολιτών, στη συνεργασία, στο ήθος και στην ακεραιότητα, αλλά και στις οποίες οι κοινωνικοί και πολιτικοί ιστοί είναι οργανωμένοι κυρίως οριζόντια, και όχι κάθετα ιεραρχικά. Επειδή, όμως, οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης

άνισα κατανεμημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν.

Οι διαφοροποιήσεις είναι λιγότερο έντονες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων. Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και στην υγεία είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα, εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνική κλίμακα έχουν επιβαρημένη υγεία λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα. Η οικονομική κρίση απείλησε κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης και στο εσωτερικό των χωρών αυτών, κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα αναδεικνύοντας τρία βασικά αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010):

- a) την αυξανόμενη τάση κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών.
- b) την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας.
- c) τις κοινωνικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας.

2.4 Δείκτες υγείας

2.4.1 Ο ρόλος των δεικτών υγείας

Είναι λοιπόν κατανοητό πως η υγεία του ατόμου είναι μία πολυπαραγοντική κατάσταση που καθορίζεται από το ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του. Συνεπώς, η κατάσταση υγείας του ατόμου και του πληθυσμού δεν προσδιορίζεται μονοδιάστατα

από βιολογικούς, αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, καθώς όλοι αυτοί επηρεάζουν πτυχές της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας. Οι προαναφερθέντες παράγοντες δεν επηρεάζουν την υγεία ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο. Αντιθέτως, η αλληλεπίδρασή τους προσδιορίζει το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης στιγμής.

Αυτή επισημαίνει τις αλληλεπιδράσεις και επιβεβαιώνεται συνεχώς ως προς την ορθότητα της σχετικώς με τους αιτιακούς μηχανισμούς διαμόρφωσης της υγείας. Έτσι, η υγεία και η ασθένεια αποτελούν δύο όψεις ενός συνεχούς ενιαίου και δυναμικού συστήματος, στο οποίο η θέση ατόμων ή ομάδων προσδιορίζεται κάθε φορά για μια δεδομένη στιγμή(Καμινιώτη Ολυμπία, 2012).

Προ κειμένου να πραγματοποιηθεί η συγκέντρωση όλων εκείνων των στοιχείων, για να γίνει η τελική αποτίμηση του επιπέδου υγείας του εκάστοτε πληθυσμού, επιβάλλεται η χρήση των δεικτών υγείας.

Οι δείκτες υγείας αποτελούν τη μονάδα μέτρησης των διαφόρων συστατικών της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή μιας υγειονομικής μονάδας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Κάθε δείκτης υγείας αποτελεί τη μία πτυχή του πολυδιάστατου αγαθού της υγείας, ενώ η συνισταμένη όλων αυτών εκφράζει τη συνολική εικόνα του επιδημιολογικού προτύπου του πληθυσμού και του συστήματος υγείας και, ανάλογα με τη θέση και το χρόνο που ορίζεται κάθε φορά, είναι δυνατή η κατανόηση τόσο των διαφορετικών πτυχών της υγειονομικής εικόνας του πληθυσμού όσο και του συστήματος υγείας(Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, 2013).

2.4.2 Κατηγορίες δεικτών υγείας

Συνοπτικά, οι δείκτες υγείας επιτρέπουν τη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και είναι οι ακόλουθοι (Μανιαδάκης, 2011):

1. θετικοί δείκτες. Οι θετικοί δείκτες παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι:

- i. Προσδόκιμο επιβίωσης: Μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού.
 - ii. Δείκτης γεννητικότητας: Μέσο ποσοστό γεννήσεων στον πληθυσμό και
 - iii. Δείκτης γονιμότητας: Μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα.
2. Αρνητικοί δείκτες. Οι αρνητικοί δείκτες είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων και αποτελούν ένα μέτρο μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτοί οι δείκτες είναι:
 - i. Δείκτης νοσηρότητας: Το ποσοστό των νοσούντων από μία συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στον πληθυσμό
 - ii. Δείκτης θνησιμότητας: Αριθμός θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο στο σύνολο του πληθυσμού. Ο δείκτης θνησιμότητας μπορεί να είναι γενικός δείκτης (αδρός δείκτης θνησιμότητας) ή μπορεί να είναι δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου. Ένας δείκτης που δείχνει το επίπεδο υγείας ενός λαού είναι ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των θανάτων παιδιών ηλικίας μικρότερη του ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο σύνολο των γεννηθέντων παιδιών στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στις λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπου το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Όσο το ποσοστό αυτό μειώνεται, τόσο δείχνει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτές τις χώρες
 - iii. Δείκτης θνητότητας: Εκφράζει την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό
3. Οικονομικοί και Διοικητικοί δείκτες. Αποτυπώνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε μία χώρα. Οι δείκτες αυτοί είναι:
 - i. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ: Ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (δηλαδή του συνολικού εισοδήματος που παράγεται σε μία χώρα) που δαπανάται στο χώρο της υγείας.

- ii. Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας: Το ποσό των χρημάτων που έχουν δαπανηθεί στο χώρο της υγείας αντιστοιχούν σε κάθε κάτοικο της χώρας
- iii. Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους: ο αριθμός ιατρών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους
- iv. Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους: ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους
- v. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους: ο αριθμός των κλινών σε κλινικές και νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους
- vi. Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο: Ο αριθμός των ατόμων που εισέρχονται για νοσηλεία σε νοσοκομείο ή τον αριθμό των ατόμων που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο.
- vii. Μέση διάρκεια νοσηλείας: Ο μέσος αριθμός των ημερών νοσηλείας ανά περιστατικό ασθενή. (Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ημερών νοσηλείας σ' ένα έτος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στο ίδιο έτος)
- viii. Αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία
- ix. Αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων
- x. Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών. -Δείχνει το μέσο αριθμό ανά έτος που είναι απασχολημένο με ασθενή μία κλίνη. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ετήσιων ημερών νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει πολλαπλασιαστεί με το 365
- xi. Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI).- Η μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Διαιρείται το ποσοστό κάλυψης κλινών ενός νοσοκομείου με το ποσοστό κάλυψης κλινών όλων των νοσοκομείων και αυτός ο δείκτης πολλαπλασιάζεται με τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου.

Πέρα από τους προαναφερόμενους δείκτες υγείας, υπάρχουν και γενικότεροι δείκτες που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, και όχι μόνο σε αυτούς που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα, και επιτρέπουν τη σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τέτοιοι δείκτες είναι(Μανιαδάκης, 2011):

- a) Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής: Τα χρόνια ζωής σε κατάσταση τέλειας υγείας
- b) Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής: Τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο.
- c) Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής: Τα συνολικά χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.
- d) Υγιές Προσδόκιμο Ζωής: Τα χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβης.
- e) Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα: Συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας.

2.5 Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010):

1. Αποτελεσματικότητα. με την έννοια αυτή εννοούμε την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αναφορικά με τον στόχο αυτό χρησιμοποιούνται δείκτες όπως:
 - ❖ Γενική θνησιμότητα
 - ❖ Προσδόκιμο επιβίωσης
 - ❖ Πρώιμη θνησιμότητα

Για την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δαπανώνται πολλά χρήματα και είναι γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα από τα βασικά προβλήματα για τους προϋπολογισμούς αρκετών χωρών.

2. Μια άλλη βασική αρχή που πρέπει να διέπει ένα σύστημα υγείας είναι η αποδοτικότητα. Σε αυτό το σημείο εξετάζεται η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Εισροές σε ένα σύστημα υγείας είναι:
 - ❖ το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό
 - ❖ οι κτιριακές υποδομές
 - ❖ ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

Ενώ εκροές είναι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και η βελτίωση της υγείας των ασθενών. Στόχος εδώ είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού.

3. Ισότητα στην πρόσβαση σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, η οποία συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών.

2.6 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει, είναι τα ακόλουθα:

2.6.1 Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που

από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον- εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

Σκοπός του Ε.Σ.Υ. είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η πρόσφορα υπηρεσιών υγείας. Έτσι συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση. Στο Ε.Σ.Υ. συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridgetype), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarcktype), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας. Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismarck-type, δηλαδή βασιζόταν στην κοινωνική ασφάλιση. Έως το 2010 στην Ελλάδα συνυπάρχει το Ε.Σ.Υ. το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με ένα μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30 στο σύνολο τα οποία λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο και με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα συνίσταται σε 3 επιμέρους υποσυστήματα(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010):

- ❖ Το Ε.Σ.Υ. που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β.
- ❖ Το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία, περίπου τριάντα το 2010. προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- ❖ Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε 3 κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης:

2.6.2 Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η κατηγορία αυτή παραλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο. Παρέχεται:

1. Από φορείς του δημόσιου τομέα όπως κέντρα υγείας ,εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών π.χ. Ι.Κ.Α..Ο.Γ.Α.. Ο.Π.Α.Δ. κτλ.
2. Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων, ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδας. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010):

- ❖ Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- ❖ Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- ❖ Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αίτιο λογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας(δευτερογενής πρόληψη).
- ❖ Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- ❖ Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- ❖ Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- ❖ Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής
- ❖ Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- ❖ Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- ❖ Την Αγωγή Υγείας.
- ❖ Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- ❖ Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

2.6.3 Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Παρέχεται από (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010):

1. Φορείς του δημόσιου (δημόσια νοσοκομεία & λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος).
2. Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές).

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- ❖ Κρατικά του Ε.Σ.Υ. στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- ❖ Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- ❖ Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- ❖ Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- ❖ Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

2.6.4 Τριτοβάθμια περίθαλψη

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα. Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

2.70 ρόλος των Υ.ΠΕ. και η 2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Νήσων Αιγαίου

Η σύσταση των Υγειονομικών Περιφερειών, αποτελεί τη μετουσίωση των πολυετών προσπαθειών για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας ευέλικτο και σταθερό, το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα, έγκαιρα και αποτελεσματικά στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών της Περιφέρειας. Σήμερα, η αποστολή και ρόλος της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως άλλωστε και των υπόλοιπων Υγειονομικών Περιφερειών, καθορίζεται από τον Ν. Ν.3527/2007. Σύμφωνα με αυτόν, η αποστολή και ο ρόλος της ΥΠΕ είναι:

Α. Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται:

- ❖ Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας
- ❖ Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης
- ❖ Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες

στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

B. Η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

C. Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της πολιτικής που χαράσσεται από το ΥΥΚΑ.

Σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία, ο θεσμός της περιφερειακής αναδιοργάνωσης με τη λειτουργία των Υ.ΠΕ ως επιτελικού οργάνου, αναπτύσσει αυτόματα αμφίδρομη σχέση με όλες τις μονάδες υγείας ευθύνης τους. Οι Υ.ΠΕ. επεξεργάζονται τους αναπτυξιακούς προγραμματισμούς των μονάδων υγείας και σχηματοποιούν τη γενική περιφερειακή στρατηγική ανάπτυξης.

Η ανάπτυξη στρατηγικής των Υ.ΠΕ, σε συνεργασία με τις νοσοκομειακές μονάδες, αποτελεί ένα σύνολο σχεδιασμένων ενεργειών. Με τον τρόπο αυτό, η στρατηγική της κάθε αποκεντρωμένης μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί λειτουργικό μέρος του ευρύτερου σχεδιασμού της Περιφέρειας. Λόγω του χαρακτήρα αλλά και του σκοπού λειτουργίας της, η Υ.ΠΕ καλείται να υλοποιήσει τη "γενική" εθνική πολιτική υγείας στην "ειδική" υγειονομική περιφέρεια. Οι στόχοι της 2^{ης}ΥΠΕ, ενσωματώνουν τις αρχές της ισότητας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και "ανταποκρισιμότητας" και χωρίζονται σε τέσσερις βασικούς άξονες:

- ❖ Βελτίωση του επιπέδου υγείας
- ❖ Λειτουργική απόδοση
- ❖ Οικονομική απόδοση
- ❖ Ανάπτυξη

Η 2^ηΥ.ΠΕ. Πειραιώς & Νήσων Αιγαίου εποπτεύει (23) Νοσοκομεία του ΕΣΥ και (263) δομές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), ήτοι, (49) Κ.Υ. (Κέντρα Υγείας), (6) Κ.Ψ.Υ. (Κέντρα Ψυχικής Υγείας), (37) Π.Π.Ι. (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία), (129) Π.Ι. (Περιφερειακά Ιατρεία), (16)

Τ.Ι. (Τοπικά Ιατρεία), (4) ΚΠΜΠ (Κέντρα Προστασίας Μάνας Παιδιού), (9) Ε.Π.Ι. (Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) (13) Τ.ΟΜ.Υ. (Τοπικές Ομάδες Υγείας).

2.8 Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις εν μέσω οικονομικής κρίσης

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, ιδίως εκείνες που στοχεύουν το κατακερματισμένο και άνισο εθνικό σύστημα υγείας, είχαν αναγνωριστεί ως απαραίτητες πολύ πριν από την κρίση (Economou, 2010). Βάσει των διατάξεων του πρώτου μνημονίου, ο νόμος 3863/2010 θέσπισε ένα νέο πλαίσιο για τη λειτουργία του συστήματος υγείας, το οποίο όριζε: α) τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας των ευρύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης από τη διαχείριση των συντάξεων, β) τη συγχώνευση αυτών των ταμείων υγείας για την απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος υγείας, γ) την υπαγωγή όλων των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και δ) τη σύσταση του Συμβουλίου Συντονισμού Οφέλους για την Υγεία. Ο στόχος του Συμβουλίου, του οποίου η πραγματική ύπαρξη ήταν βραχύβια, ήταν να απλοποιήσει το υπερβολικά κατακερματισμένο σύστημα με τον καθορισμό κριτηρίων και όρων για συμβάσεις μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να επιτευχθούν μειώσεις στις δαπάνες.

Η σημαντικότερη διαρθρωτική μεταρρύθμιση ήταν μακράν η επακόλουθη ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η διοικητική συγχώνευση των κλάδων υγειονομικής περίθαλψης των κύριων ταμείων του ελληνικού συστήματος υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ άρχισε να λειτουργεί επίσημα τον Ιούνιο του 2011 και ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους ασφαλισμένους, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ με τους προμηθευτές. Ο ΕΟΠΥΥ είναι επίσης ο κύριος νέος φορέας της χώρας που είναι επιφορτισμένος με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο ρόλος του είναι να συντονίζει την πρωτοβάθμια περίθαλψη, να ρυθμίζει τις συμβάσεις με όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να θέτει πρότυπα ποιότητας και αποτελεσματικότητας, με τον

ευρύτερο στόχο της μείωσης της πίεσης στην περιπατητική και έκτακτη περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία. Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης αποκέντρωσης των αρχών υγειονομικής περίθαλψης. Τον Ιούνιο του 2010, η νέα κυβέρνηση θέσπισε νόμο για τη δημιουργία μιας νέας αρχιτεκτονικής για τους δήμους και τις περιφέρειες (γνωστή ως Σχέδιο Καλλικράτης). Το σχέδιο Καλλικράτης δημιούργησε 13 περιφέρειες για να αντικαταστήσει 76 νομούς και 1034 δήμοι μειώθηκαν σε λιγότερους από 370. Στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης, οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές διαδραματίζουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στην εθνική υπηρεσία υγείας και στην παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Sakellarides et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οικονομικοί κύκλοι και η αποτύπωση τους στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης

3.1 Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο αρχικά αποσαφηνίζει εννοιολογικά την έννοια της κρίσης και εν συνεχεία παρουσιάζει σύντομα την παγκόσμια οικονομική κρίση που έπληξε και την Ελλάδα την περίοδο 2008 μέχρι και 2018, τα αίτιά της, την αντίδραση των πολιτών στην κρίση αλλά και τις συνέπειες της κρίσης στον κλάδο της υγείας.

3.2 Η έννοια της κρίσης

Η έννοια της κρίσης, ως πολυδιάστατη, έχει αποδοθεί με πολλούς τρόπους, ακόμη και από τους φυσιολογικούς ανθρώπους, για να περιγράψει με μια φράση ότι περνούν ένα δύσκολο πρόβλημα, ότι περνούν μια διάρκεια ανωμαλίας και παρατυπίας ή ότι βρίσκονται σε κρίσιμη φάση. Στην ελληνική γλώσσα, η φράση κρίσης προέρχεται από το ρήμα που κρίνει ότι αντιπροσωπεύει μια συνηθισμένη κατάσταση. Μια κρίσιμη, δύσκολη, επικίνδυνη κατάσταση. Ειδικότερα, μια κρίση είναι μια απόκλιση από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να οδηγήσει σε επίπεδα παρατυπίας από ένα έθνος απλής ασθένειας σε ένα έθνος ανεξέλεγκτων εκρηκτικών γεγονότων και ένα βασίλειο χάους και πανικού. Ως εκ τούτου, μια καταστροφή περιλαμβάνει την ευκαιρία για πόρους και ανθρώπους, απώλεια ελέγχου και ορατές ή αόρατες συνέπειες σε ανθρώπους, πόρους και εταιρείες (Πανηγυράκης, 2001).

3.3 Ανάλυση της οικονομικής κρίσης

Έννοιες από την ιδέα των χρηματοοικονομικών διακυμάνσεων χρησιμοποιούνται σε πολλές περιπτώσεις για τον καθορισμό της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, οι οικονομικές διακυμάνσεις ή οι νομισματικοί κύκλοι είναι το φαινόμενο των επαναλαμβανόμενων διακυμάνσεων στη γενική χρηματοοικονομική

δραστηριότητα, που παρατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μια καταστροφή μπορεί να αποτελείται από 4 εξαιρετικά και υπέροχα στάδια. Ο φυσιολογικός κύκλος ύπαρξης μιας κρίσης ακολουθεί τα ακόλουθα στάδια (Σφακαινάκης Μ.Κ., 1998):

- ❖ Στάδιο σχηματισμού της κατάστασης ή πρόδρομα συμπτώματα.
- ❖ Στάδιο εκδήλωσης-αποκορύφωσης της κρίσης.
- ❖ Στάδιο επιπτώσεων.
- ❖ Στάδιο ανάλυσης-ομαλοποίησης.

3.4 Η σημερινή παγκόσμια οικονομική κρίση

Η σύγχρονη κρίση είναι στην πραγματικότητα η «διεθνής οικονομική αναταραχή» που ξέσπασε στα μέσα του 2007 με την απότομη ανοδική τάση στα τρομακτικά στεγαστικά δάνεια για νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αρκετά στοιχεία συνέβαλαν σε αυτήν την αναταραχή, όπως τα πολλά χρόνια υψηλού επιπέδου ρευστότητας διεθνώς (συμπεριλαμβανομένης της υπερπροσφοράς αποταμιεύσεων από τις κυριότερες αναπτυσσόμενες ασιατικές οικονομίες), σε συνδυασμό με την επιδίωξη υπερβολικών αποδόσεων και την εκτεταμένη ανάληψη κινδύνων με τη χρήση επενδυτών, τόσο όμορφα όπως και με τη βελτίωση των πολύπλοκων - και πολύ αδιαφανών - χρηματοοικονομικών προϊόντων υψηλού κινδύνου. Στην περίπτωση των ΗΠΑ, αυτές οι εξελίξεις διευκολύνθηκαν με την αλήθεια ότι κατά την παραίτηση του 1999 η διαφορά μεταξύ των βιομηχανικών και επενδυτικών τραπεζών είχε καταργηθεί για το 1933, αλλά και λόγω της έλλειψης αυστηρής εποπτείας του νομισματικού τομέα ιδρυμάτων παγκόσμιας εμβέλειας (Κρούγκμαν, 2008). Οι αρνητικές εξελίξεις στους χρηματοπιστωτικούς και πραγματικούς τομείς του οικονομικού συστήματος ενισχύθηκαν από κοινού. Δεν υπήρξαν γενικευμένες κρίσεις πανικού εναντίον των καταθετών, χάρη στη θεσμοθετημένη εγγύηση καταθέσεων, η οποία σε πολλές χώρες, αποτελούμενη από την Ελλάδα, επεκτάθηκε τόσο γρήγορα όσο η κρίση κορυφώθηκε.

Ωστόσο, η δυσλειτουργία των οικονομικών αγορών συμπίεσε τη χρηματοοικονομική δραστηριότητα, ενώ, με τη σειρά του, το εξασθενημένο οικονομικό χόμπι υπονόμει επίσης την κεφαλαιακή λειτουργία των τραπεζών και την ικανότητά τους να χρηματοδοτούν ομάδες και νοικοκυριά. Σύμφωνα με τις σύγχρονες προβλέψεις του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, στις ανώτερες οικονομίες το ΑΕΠ θα μειωθεί με τη βοήθεια περίπου 3,5% φέτος και ο πληθωρισμός θα είναι σχεδόν μηδενικός, ενώ η τιμή ανεργίας έχει ήδη φτάσει το 10,2% στις ΗΠΑ τον Οκτώβριο και 9,7% στη θέση του ευρώ τον Σεπτέμβριο. Έτσι, η τελική αναταραχή μετατράπηκε σε παγκόσμια οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση, η μεγαλύτερη λόγω της δεκαετίας του 1930.

Μια συγκριτική αξιολόγηση των κρίσεων των τελευταίων ογδόντα ετών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όταν η οικονομική καταστροφή συνδέεται με μια χρηματοπιστωτική κρίση, όπως συμβαίνει σήμερα, η μείωση της νομισματικής προσπάθειας αναφέρεται περισσότερο και παρατείνεται, ενώ η ανάκαμψη είναι τότε ασθενέστερη και πιο αργή. Το ίδιο ισχύει και όταν υπάρχει σημαντικός συγχρονισμός της μείωσης της οικονομικής προσπάθειας παγκοσμίως. Την ίδια στιγμή, όταν το οικονομικό σύστημα των ΗΠΑ - με τη γιγαντιαία του μέτρηση και τις πολλαπλές παγκόσμιες συνδέσεις - βρίσκεται στην καρδιά της κρίσης, αυτός ο χρόνος είναι σχεδόν αναπόφευκτος.

3.5 Αίτια της οικονομικής κρίσης

Οι κυριότεροι λόγοι που προκάλεσαν την εμφάνιση και τη βελτίωση της σύγχρονης οικονομικής καταστροφής είναι οι ακόλουθοι («Κεφάλαιο», Τεύχος 222: 54-60):

- ❖ Υπερβολική χρήση κεφαλαίων δανείου.
- ❖ Ακατάλληλη βαθμολογία πιθανότητας πιστωτικού αποτελέσματος.
- ❖ Τιμές στελεχών στον χρηματοπιστωτικό τομέα.
- ❖ Κίνητρα για απερίσκεπτα στεγαστικά δάνεια, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο αποταμίευσης των δανειστών.
- ❖ Υποθήκες για αγορά σπιτιού εκτός από τη συμμετοχή του δανειολήπτη.

3.6 Η σημερινή παγκόσμια αντίδραση για την οικονομική κρίση

Είναι τυχερό που η παγκόσμια κλίμακα και το βάθος των προβλημάτων της νομισματικής περιοχής καθώς και η στενή διασύνδεση και αλληλεξάρτηση των εθνικών οικονομιών οδήγησαν επί του παρόντος την παγκόσμια γειτονιά (κυβερνήσεις, κεντρικές τράπεζες, ρυθμιστικές αρχές και παγκόσμια νομισματικά ιδρύματα) σε μη συντονισμένα και μη συντονισμένα έχουν ιστορικό προηγούμενο . Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν επιδιώξει και προχωρούν σε προσπάθειες για τον μετριασμό των οικονομικών σοκ και τον περιορισμό των επιζήμιων αποτελεσμάτων τους στο πραγματικό τρίμηνο της οικονομίας. Οι παρεμβάσεις αποσκοπούν επίσης στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας του χρηματοοικονομικού gadget στους κινδύνους που ενέχει η επιδείνωση των μακροοικονομικών μεγεθών. Την ίδια στιγμή, οι παγκόσμιες διαβουλεύσεις έχουν εντείνει και έχουν κάνει τεράστια ανάπτυξη σχετικά με τη μεταρρύθμιση του νομισματικού συστήματος, το οποίο θα διορθώσει τις αδυναμίες και θα ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα συγκρίσιμης γενικευμένης αστάθειας να ξανασυμβεί στο μέλλον.

Η άμεση, μεγάλη και συχνά συντονισμένη εφαρμογή μιας ακολουθίας παραδοσιακών και μη συμβατικών μέτρων νομισματικής και φορολογικής πολιτικής εμπόδισε, αφενός, την καταστροφή του παγκόσμιου οικονομικού συστήματος κατά τη διάρκεια της καταστροφής στα τέλη του 2008, και αφετέρου μια ακόμη αυξημένη μείωση του ΑΕΠ το 2009. Υπάρχουν ήδη μονάδες ανάκαμψης της οικονομικής επιχείρησης από το τρίτο τρίμηνο του τρέχοντος έτους. Είναι επίσης ζωτικής σημασίας ότι ορισμένες ανερχόμενες οικονομίες (κυρίως η Κίνα και η Ινδία) είχαν επηρεαστεί δυσμενώς από την κρίση, ωστόσο αντέδρασαν αποφασιστικά και διατήρησαν ιδιαίτερα υψηλά, αν και επιβραδύνουν, τα ποσοστά έκρηξης. Έτσι, σύμφωνα με το ΔΝΤ, η μείωση του παγκόσμιου ΑΕΠ θα περιοριστεί σε περίπου 1% φέτος.

Αυτοί οι δύο παράγοντες, ιδιαίτερα η συντονισμένη ανταπόκριση της διεθνούς γειτονιάς και η ύπαρξη ανερχόμενων οικονομιών με πολύ καλό βάρος και δυναμισμό,

δεν υπήρχαν το 1929. Συγκεκριμένα, το γεγονός ότι η πολιτική απάντηση ήταν κάποτε υπέροχη αυτή τη φορά αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα ότι από τη δεκαετία του 1930 έως την παραμονή της σύγχρονης κρίσης, τόσο οι οικονομολόγοι όσο και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν ανακαλύψει από τα λάθη του παρελθόντος. Παρά τις αδυναμίες που υπάρχουν ωστόσο στα οικονομικά, καθώς τα περισσότερα μοντέλα δεν ήταν πλέον σε θέση να προβλέψουν την έκταση και το βάθος της κρίσης, τόσο καλά όσο στο λειτουργικό και ρυθμιστικό πλαίσιο των νομισματικών αγορών, πρέπει να παραδεχτούμε τα ακόλουθα(Περιοδικό «Epsilon 7»,τεύχος 313, σελ. Α14-Α15):

- ❖ **Πρώτον**, η μακροοικονομική πολιτική διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των χρηματοοικονομικών διακυμάνσεων.
- ❖ **Δεύτερον**, οι σύγχρονες αντιλήψεις για το ρόλο της δημοσιονομικής πολιτικής (όπως αποτυπώνονται στο Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης της ΕΕ) και για τα καθήκοντα της νομισματικής πολιτικής (όπως ασκούνται από ανεξάρτητες κεντρικές τράπεζες και με σκοπό τη σταθερότητα των τιμών) εφαρμόστηκαν χωρίς δογματισμό, με εντυπωσιακή ευελιξία και ταχύτητα.
- ❖ **Τρίτον**, η θεσμοθετημένη πιστωτική εγγύηση απέτρεψε σωστά τον πανικό των καταθετών, ενώ το παγκόσμιο χρηματοοικονομικό σύστημα δεν αποτελεί πλέον εμπόδιο σε μεγάλες πολιτικές αντιδράσεις.

3.7 Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία

Οι περίοδοι κρίσεων, οικονομικών, κοινωνικών ή άλλων, λόγω των ειδικών συνθηκών που διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια τους, έχουν συγκεντρώσει στο παρελθόν το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων. Μεταξύ άλλων, έχουν μελετηθεί και οι συνέπειες τους στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, είναι γεγονός, ότι η υγεία ενός πληθυσμού διαμορφώνεται από πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσω εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, οι οποίες πολλές φορές είναι αδύνατο να διερευνήσουμε. Τα δεδομένα που υπάρχουν για τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων στην υγεία προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, όπου οι παράγοντες είναι δύσκολο να ελεγχθούν. Επιπλέον, οι

οικονομικές κρίσεις σε διαφορετικές χώρες και εποχές μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, διάρκεια και ένταση, ενώ και οι πολιτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό.

Κάθε οικονομική κρίση, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, μειώνει το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), προκαλεί απώλεια του οικογενειακού και ατομικού εισοδήματος των περισσότερων πολιτών, αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες κατοικίας και εργασίας, περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, δυσχεραίνει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την πρόσβαση των πολιτών σ' αυτές. Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έχουν σαν αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις που μελετήθηκαν διεθνώς, διαπιστώθηκε μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, χειροτέρευση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) και υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών. Στον τομέα της σωματικής υγείας, οι πιο ισχυρές επιπτώσεις αφορούν τα λοιμώδη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ σε ό,τι αφορά τη ψυχική υγεία παρατηρείται μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με την παρατηρούμενη αύξηση των αυτοκτονιών(Πεχλιβανίδου, 2017).

3.8 Επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματος τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός

δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών(Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα «Health System Priorities when Money is Tight»,(δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές - ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς(WHO-b, 2009, Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών.

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωση του(American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008). πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται. Αντιστρόφως ανάλογα, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με εκτιμήσεις των Κυριόπουλου και Τσιάντου (2010) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα

εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία.

Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεχεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους(WHO, 2009).

3.9 Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Οι περικοπές της τάξεως του 1 δις. ευρώ από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση γιατί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, εφόσον

μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας - και ιδίως της εθνικής - οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού(Μανιαδάκης, 2011).

Η κρίση, τέλος, είχε αναπόφευκτες επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας. Τα χρέη του ΕΟΠΠΥ αυξήθηκαν μόνο μέσα στο 2015 κατά 1 δισ. ευρώ. Επίσης, η δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε., αλλά μετά το 2010 η διαφορά έχει μεγαλώσει πολύ. Στην περίοδο 2008-2012 μειώθηκαν οι αξονικές ή μαγνητικές εξετάσεις (από 321.8 αξονικές ανά 1000 κατοίκους σε 180,3 -δηλαδή μείωση 44% σε τρία χρόνια) και έτσι η χώρα μας υποχώρησε στη λίστα των χωρών του ΟΟΣΑ από την πρώτη θέση (με διαφορά) στην τέταρτη στις αξονικές και από την πρώτη στην έκτη στις μαγνητικές τομογραφίες. Το ίδιο διάστημα, όμως, αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των μηχανημάτων στη χώρα. Το 2012 η Ελλάδα είχε περισσότερους αξονικούς τομογράφους (κατά 19% -πλέον δεύτερη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ) και περισσότερους μαγνητικούς τομογράφους (κατά 13% -πρώτη στον ΟΟΣΑ) από ότι είχε το 2008.

Από τους Έλληνες που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο το 2009 ένα 73.5% επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό εκτινάχθηκε στο 94.1% μόλις την επόμενη χρονιά, ενώ στα πρώτα χρόνια της κρίσης παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια. Η δε μέση διάρκεια

νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε μόλις τρία χρόνια. Η Ελλάδα διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκων μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (σχεδόν διπλάσιο αριθμό κατά κεφαλήν από τον μέσο όρο), αλλά τη μικρότερη αντιστοιχία ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οι δαπάνες των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά

4.1 Δαπάνες ελληνικών νοσοκομείων εν μέσω οικονομικής κρίσης

Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, ως μερίδιο των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, έφτασαν στο υψηλό σημείο της τάξης του 13,2% το 2006 (OECD, 2013 · Περιφερειακή Υπηρεσία ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2014). Ωστόσο, μετά την καθιέρωση των εκτεταμένων μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες στην ΕΕ έως το 2012, που δεν ξεπερνούσε το 11,5% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 15%. Οι όροι διάσωσης που απαιτούν μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία στο 9% του ΑΕΠ και σε λιγότερο από 6% για τις δημόσιες δαπάνες το 2012, δεν είχαν ακόμη εκπληρωθεί, αλλά πλησίαζαν τον καθορισμένο στόχο.

Μεταξύ 2009 και 2012, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δισεκατομμύρια ευρώ (23,7%). Συγκεκριμένα, κατά την ίδια τετραετή περίοδο, οι τρέχουσες δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά μεγαλύτερο ποσοστό, 25,2% ή 4 δισεκατομμύρια ευρώ. Αναλυτικά, τα Μνημόνια απαιτούσαν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες νοσοκομείων και φαρμακευτικών προϊόντων. Οι συνολικές δαπάνες του δημόσιου νοσοκομείου (μόνο για εσωτερικούς ασθενείς, χωρίς υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών) μειώθηκαν κατά 8%, από 7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 6,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2012 (ELSTAT, 2014), μέσω σημαντικών εξοικονομήσεων σε προμήθειες νοσοκομείων (ιατρικές προμήθειες, ορθοπεδικά, φαρμακευτικά προϊόντα, κ.λπ.) και μέσω συνθηκών μνημονίων που προβλέπουν περικοπές στους μισθούς και τις παροχές του προσωπικού υγείας.

Παρατηρήθηκε επίσης μείωση 32% (2,1 δισεκατομμύρια ευρώ) των συνολικών (εξωτερικών ασθενών) φαρμακευτικών δαπανών, προς όφελος των κεφαλαίων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, τα οποία χρηματοδοτούν σε μεγάλο βαθμό αυτές τις δαπάνες. Οι δημόσιες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (και άλλα μη ιατρικά ανθεκτικά) παρουσίασαν τη μεγαλύτερη μείωση, στο 43,2%, από 5,2

δισεκατομμύρια ευρώ (περίπου 2,25% του ΑΕΠ) το 2009 σε 2,95 δισεκατομμύρια ευρώ (ή 1,53% του ΑΕΠ) το 2012. Τα φαρμακευτικά προϊόντα είναι ένας τομέας που έλαβε ιδιαίτερη προσοχή στα μνημόνια και ένα σκληρό ανώτατο όριο τέθηκε για το 2012 και τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με τα μνημόνια, οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2,44 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013 και τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014, θέτοντας έτσι ένα αυστηρό ανώτερο όριο. Τα κονδύλια για την κοινωνική ασφάλιση υγείας έχουν επίσης δει μειώσεις στα έσοδα και τις κρατικές μεταβιβάσεις. Λόγω της αυξανόμενης ανεργίας και της μερικής απασχόλησης, καθώς και της μείωσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση μειώθηκαν από 30,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 σε 24,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013 (ELSTAT, 2014).

Επιπλέον, οι προϋποθέσεις του μνημονίου αποσκοπούσαν στον περιορισμό της συνεισφοράς του κράτους στο ταμείο των κοινωνικών ασφαλίσεων των δημοσίων υπαλλήλων. Στο παρελθόν, οι εισφορές των δημοσίων υπαλλήλων ήταν 2,55% του ακαθάριστου εισοδήματός τους και τυχόν δαπάνες που υπερέβαιναν τα συνολικά έσοδα από εισφορές επιδοτήθηκαν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, το ποσοστό εισφοράς των εργοδοτών (δηλαδή το ποσοστό εισφοράς του κράτους) στο ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων καθορίστηκε στο 5,1% των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ η συνεισφορά των συνταξιούχων αυξήθηκε σταδιακά από 2,55% σε 4% το 2013. Οι πληρωμές εκτός τσέπης αυξήθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 27,6% το 2009 σε 28,8% το 2012. Η Ελλάδα χαρακτηριζόταν πάντα ως ένα αρκετά «ιδιωτικοποιημένο» σύστημα, ιδίως λόγω της δημόσιας υποχρηματοδότησης (Siskou, 2008).

Η μαύρη οικονομία, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό μέρος των πληρωμών εκτός τσέπης (περίπου 30%) και είναι ενδεικτική της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Παρόλο που αυτές οι πληρωμές είναι πολύ συχνές για την υποστήριξη ανεπαρκών προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη, αντιπροσωπεύουν τη χειρότερη επιλογή χρηματοδότησης του τομέα της υγείας καθώς προκαλούν ανισότητες που επηρεάζουν κυρίως τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες (Liaropoulos, 2008; Kaitelidou, 2013). Παρατηρήθηκε αύξηση της ιδιωτικής (εθελοντικής) ασφάλισης υγείας μεταξύ 2003 και 2012, αν και

αυτό παραμένει χαμηλό σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ(Siskou et al., 2009). Ορισμένοι παράγοντες εξηγούν την απροθυμία των ανθρώπων να πληρώσουν για πρόσθετη ασφάλιση, όπως οικονομική ύφεση, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες (π.χ. χαμηλό μέσο εισόδημα νοικοκυριού), υψηλή ανεργία και υποχρεωτική και πλήρης κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση. Οι κρατικές δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας μειώθηκαν επίσης κατά περίπου 13%, παρόλο που αυτός ο τομέας είχε ήδη χρηματοδοτηθεί στην Ελλάδα.

Ενώ η μέση κατά κεφαλή δαπάνη για τέτοιες υπηρεσίες στα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν 75,8 ευρώ το 2009, το ποσό για την Ελλάδα εκτιμήθηκε σε 26,2 ευρώ, με περαιτέρω περικοπές που το μείωσαν σε 23,1 ευρώ το 2012 (OECD, 2013). Παρομοίως, οι δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών στην Ελλάδα είναι 2,7 φορές χαμηλότερες από τη μέση τιμή της ΕΕ για αυτές τις υπηρεσίες (OECD, 2013). Συνοψίζοντας, υπήρξαν συνεπείς μειώσεις όχι μόνο στις συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, αλλά και στο δημόσιο μερίδιο αυτών των δαπανών (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες μειώθηκαν κατά 29,3% μεταξύ του 2009 και του 2012). Οι αλλαγές στις κρατικές δαπάνες για την υγεία από κάθε υποτομέα κατά την ίδια περίοδο έχουν σημειώσει μειώσεις σε γενικές γραμμές στη νοσοκομειακή περίθαλψη (θεραπευτική και αποκαταστατική) (7%), σε εξωτερικούς ασθενείς (34,6 %) και φαρμακευτικά προϊόντα και σε άλλα μη ανθεκτικά ιατρικά προϊόντα (44,2%).

4.2 Επιπτώσεις των Δαπανών στο σύστημα υγείας και στους ασθενείς

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα υγείας παρείχε κάλυψη για σχεδόν το 100% του πληθυσμού μέσω ενός δικτύου αρκετών πόρων. Το σύστημα συνδέθηκε και εξακολουθεί να συνδέεται με το καθεστώς απασχόλησης και τον τύπο απασχόλησης. Η συγχώνευση σχεδόν όλων των κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλισης και η δημιουργία ενός ενοποιημένου ταμείου είχε προταθεί σε αρκετές μεταρρυθμίσεις από το 1968, αλλά δεν είχε ποτέ εφαρμοστεί. Αυτή η κατάσταση άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία του νέου Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας(ΕΟΠΥΥ).

Ο ΕΟΠΥΥ προοριζόταν να καλύψει τη συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους), υποθέτοντας την παρουσία μόνο βραχυπρόθεσμης ανεργίας. Η βάση για το δικαίωμα είναι το καθεστώς ασφάλισης. Ωστόσο, στο πλαίσιο της βαθιάς κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε ταχέως και έφτασε το 27,3% το 2013. Σύμφωνα με την προϋπάρχουσα νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά μόνο τους ανέργους για δύο χρόνια το πολύ, οδηγώντας έτσι σε αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων. Το Υπουργείο Εργασίας εκτιμά επί του παρόντος ότι περίπου 2 εκατομμύρια ανασφάλιστοι δεν έχουν επίσημη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο υψηλός αριθμός ανασφάλιστων ατόμων, το Υπουργείο Υγείας καθόρισε τον Σεπτέμβριο του 2013 ένα πρόγραμμα «Κουπόνι Υγείας» που στοχεύει σε άτομα που έχουν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, το οποίο τους παρέχει πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (επισκέψεις σε συμβαλλόμενους γιατρούς, εθνικές υπηρεσίες υγείας και υπηρεσίες που παρέχονται από συμβαλλόμενα διαγνωστικά κέντρα). Τα κουπόνια υγείας έχουν διάρκεια τεσσάρων μηνών και δεν μπορούν να ανανεωθούν. Το πρόγραμμα κάλυψε περίπου 230.000 ανασφάλιστους πολίτες έως το τέλος του 2014(Sakellarides et al., 2014).

Τον Ιούνιο του 2011, τα πακέτα παροχών των διαφόρων κεφαλαίων του εθνικού συστήματος υγείας τυποποιήθηκαν ώστε να παρέχουν τις ίδιες επιστρεπτές υπηρεσίες σε όλα τα ταμεία, δημιουργώντας ένα νέο, κοινό πακέτο παροχών στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Αυτή η διαδικασία συνέπεσε με την ουσιαστική διοικητική συγχώνευση των τμημάτων υγείας των μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου, που καλύπτουν μισθωτούς, γεωργούς, αυτοαπασχολούμενους, δημόσιους υπαλλήλους, ναυτικούς) στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ. Ένα βασικό χαρακτηριστικό του κοινού πακέτου είναι η μείωση των παροχών που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι. Για παράδειγμα, ορισμένες δαπανηρές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων δοκιμών αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης και δοκιμών θρομβοφιλίας, οι οποίες παλαιότερα καλύπτονταν, ακόμη και μερικώς, σε εξωτερικούς ασθενείς, αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, εισήχθησαν περιορισμοί δικαιωμάτων σε σχέση με τον τοκετό, την αεροθεραπεία, τη βαλνοθεραπεία, τη θεραπεία της θαλασσαιμίας, τη λογοθεραπεία και τη θεραπεία με

νεφροπάθεια. Επιπλέον, η εισαγωγή ενός αρνητικού καταλόγου για τα φάρμακα το 2012 είχε ως αποτέλεσμα την απόσυρση του καθεστώτος αποζημίωσης για διάφορα φάρμακα που είχαν προηγουμένως επιστραφεί(Sakellarides et al., 2014).

Από το 2011, επιβλήθηκε αύξηση των χρεώσεων χρήστη από 3 € σε 5 € σε εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον, ο νόμος 4093/2012 εισήγαγε αμοιβή ασθενούς 25 € για εισαγωγή σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014 και μετά και επιπλέον 1 € για κάθε συνταγή που εκδίδεται από την εθνική υπηρεσία υγείας (τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στο νοσοκομειακό περιβάλλον). Ωστόσο, το τέλος εισδοχής στο νοσοκομείο ανακλήθηκε σύντομα λόγω της έντονης αντίδρασης επαγγελματιών υγείας και διαφόρων άλλων ενδιαφερομένων. Οι χρεώσεις χρήστη σε όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις καταργήθηκαν για ορισμένες ευάλωτες ομάδες (οι διαβητικοί και οι αποδέκτες μεταμοσχεύσεων έχουν προστεθεί στη λίστα). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μέσες μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν μεταξύ 2012 και 2013 παρά τις μειώσεις των τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα. Αυτό μπορεί να οφείλεται κυρίως σε αυξήσεις στα επίπεδα κατανομής κόστους από τον Οκτώβριο του 2012. Γενικά, η μέση κατανομή κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον, το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (πακέτα) με 0% συν-πληρωμή το 2013 σε σύγκριση με 13% το 2012(Siskou, 2013).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5^ο : Η εξέλιξη των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου.

5.1 Σκοπός και στόχοι μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου αλλά και η αποτύπωση της επίδρασης από τους εργαζομένους του κλάδου της υγείας.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- ❖ Να καταγραφούν οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με τον βαθμό που η οικονομική κρίση επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας.
- ❖ Να καταγραφούν οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με το πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση.
- ❖ Να καταγραφούν οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με εάν οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα υποστελεγχώνονται.
- ❖ Να καταγραφούν οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με το εάν η έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

5.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι διττός, αρχικά διερευνάται η ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά και συγκεκριμένα η ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου. Επιπλέον, μελετάται η επίδραση της οικονομικής κρίσης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας είναι τα παρακάτω:

- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με τον βαθμό που η οικονομική κρίση επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας.
- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με το πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση.
- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με εάν οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα υποστελεχώνονται.
- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με το εάν η έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ❖ Η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών.
- ❖ Ποια η ικανοποίησή σας από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;
- ❖ Αν στα δημόσια νοσοκομεία, οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά.
- ❖ Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό.
- ❖ Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία.

- ❖ Ποια είναι η ικανοποίησή σας από τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ).
- ❖ Αν το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

5.3 Περιγραφή Εργαλείου έρευνας

Προκειμένου να διερευνηθούν οι στόχοι της παρούσης έρευνας και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα διεξήχθη πρωτογενής ποσοτική έρευνα. Η επιλογή της ποσοτικής έρευνας βασίστηκε στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα που παράγει είναι αριθμητικά και ως εκ τούτου η ερμηνεία τους δεν υπόκειται σε υποκειμενικές προκαταλήψεις του ερευνητή. Επιπλέον επιτρέπει συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, το οποίο πραγματοποιείται στην παρούσα έρευνα. Άλλο πλεονέκτημα της ποσοτικής έρευνας είναι ότι επιτρέπει τη συλλογή μεγάλου αριθμού δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Για την διερεύνηση των απόψεων των εργαζομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο στο οποίο στο πρώτο του μέρος αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, αριθμός παιδιών, Μορφωτικό Επίπεδο, Χρόνια Προϋπηρεσίας, θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία. Το δεύτερο μέρος αφορούσε 11 ερωτήσεις Likert (1 = Διαφωνώ πολύ, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ πολύ) οι οποίες απαντούσαν στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εξετάστηκε μέσω του Cronbach's alpha και βρέθηκε σε αποδεκτά / φτωχά επίπεδα, ίση με 0,587 η τιμή του δείκτη, δεδομένου ότι ο συντελεστής όταν λαμβάνει τιμές μεγαλύτερες του 0,7 ή πολύ κοντινές στην τιμή αυτή τότε έχουμε ως συνέπεια την παραδοχή πως τα αποτελέσματα που μας δίνουν οι μεταβλητές μας είναι αξιόπιστα (Κούτρας, Ευαγγελάρας, 2010: 109).

5.4 Δείγμα έρευνας

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 102 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας είναι αντιπροσωπευτική και τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού. Το παραπάνω οφείλεται στο γεγονός ότι η απλή τυχαία δειγματοληψία παρέχει ίσες ευκαιρίες σε όλα τα μέλη του πληθυσμού να λάβουν μέρος στην έρευνα. Δεδομένου της πανδημίας του Covid-19 που βιώνει σήμερα η χώρα μας και την εφαρμογή του μέτρου του lockdown τα ερωτηματολόγια αναρτήθηκαν στο διαδίκτυο και συμπληρώθηκαν από τους ερωτώμενους ηλεκτρονικά.

5.5 Στατιστικές Αναλύσεις

Για την υλοποίηση της εν λόγω Ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS Statistics (version 24) για την Στατιστική Ανάλυση, αλλά και συγκριμένοι έλεγχοι οι οποίοι θα ισχυροποιήσουν την μελέτη μας. Οι ερωτήσεις – μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τόσο διακριτές μεταβλητές (πχ. άνδρας, γυναίκα, κλπ.), όσο και ερωτήσεις – μεταβλητές κλίμακας likert, όπου εφαρμόστηκαν ενδεικτικά οι παρακάτω στατιστικοί έλεγχοι:

1. Η **Ανάλυση Περιγραφικών Μέτρων** όλων των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν με την παρουσίαση διαγραμμάτων και πινάκων των ποσοστών συχνοτήτων, τα οποία παρουσιάζουν τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση
2. Ο **Συντελεστής Αξιοπιστίας Cronbach's Alpha** (για να ελεγχθεί η ύπαρξη αξιοπιστίας ανάμεσα στις μεταβλητές μας). Η αξιοπιστία μας δείχνει αν το εργαλείο που έχουμε επιλέξει, μετράει όντως αυτό για το οποίο το επιλέξαμε εξ αρχής και άρα μπορούμε να διαπιστώσουμε αν ικανοποιούνται οι απαιτήσεις που έχουν τεθεί για την έρευνά μας, από τα αντίστοιχα

αποτελέσματα στα οποία έχουμε καταλήξει. Η δε εσωτερική εγκυρότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο δομείται ένας ερευνητικός σχεδιασμός. Τόσο η εσωτερική εγκυρότητα όσο και η αξιοπιστία συνιστούν τη βάση για την υλοποίηση οποιουδήποτε σχεδιασμού έρευνας. Από την άλλη, η εξωτερική εγκυρότητα αφορά στη διαδικασία ελέγχου των αποτελεσμάτων και του κατά πόσο υφίστανται επιπλέον πιθανές αιτιώδεις σχέσεις. Κάθε σχεδιασμός που αφορά σε επιστημονική έρευνα, έχει μοναδική πιθανή αιτία για το απότοκο που μελετάται. Υφίσταται συνεχώς το ενδεχόμενο, ένας διαφορετικός μη γνωστός παράγοντας να σχετίζεται με τα ευρήματα της μελέτης. Προκειμένου να σιγουρευτούμε ότι το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, θα πληροί τα κριτήρια εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας, εφαρμόσαμε τον εν λόγω έλεγχο μέσω του Συντελεστή Cronbach's Alpha. Σε αυτό το ενδεχόμενο, ο συσχετισμός μεταξύ των μέσων όρων απαντήσεων των δύο διαδοχικών φάσεων, θα συμβάλει επικουρικά στο να καταλήξουμε ότι η έρευνα είναι αξιόπιστη.

3. Ο Έλεγχος Κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov (Για τον έλεγχο κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών) μας καταδεικνύει εάν οι συνεχείς ερωτήσεις μας – μεταβλητές ακολουθούν κανονική κατανομή και κατά συνέπεια να εξετάσουμε την ύπαρξη σχέσης – επίδρασης μεταξύ των διακριτών μεταβλητών μας και των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιώντας Παραμετρικά τεστ ή σε αντίθετη Περίπτωση μη παραμετρικά τεστ. Έτσι υλοποιούμε έλεγχο κανονικότητας των κατανομών των συνεχών μεταβλητών που δημιουργήθηκαν κατά την ανάλυση, προκειμένου να επιλέξουμε τις κατάλληλες δοκιμές για την επαγωγική στατιστική ανάλυση και τον έλεγχο των υποθέσεων. Καθώς, διεξάγουμε έλεγχο ανά κατηγορία, χρησιμοποιούμε είτε τα αποτελέσματα της δοκιμής Kolmogorov-Smirnov, η οποία είναι κατάλληλη για δείγματα μεγαλύτερα των 50 ατόμων, όπως ισχύει στη δική μας περίπτωση(Draper,Smith, 1997: 472).
4. Ο Έλεγχος Kruskal – Wallis(Για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικής διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των διαφόρων εξεταζόμενων ομάδων του δείγματος – Ηλικιακή ομάδα, Μορφωτικό Επίπεδο, κλπ.)Ο έλεγχος Kruskal-Wallisαποτελεί μη παραμετρικό έλεγχο και χρησιμοποιείται για να ελέγξουμε

τη μηδενική υπόθεση ότι k ανεξάρτητα δείγματα προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό (ή έχουν την ίδια κατανομή) άρα και εμφανίζεται επίδραση των μεταβλητών αυτών που προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό (ή έχουν την ίδια κατανομή)(Draper, Smith, 1997: 401).

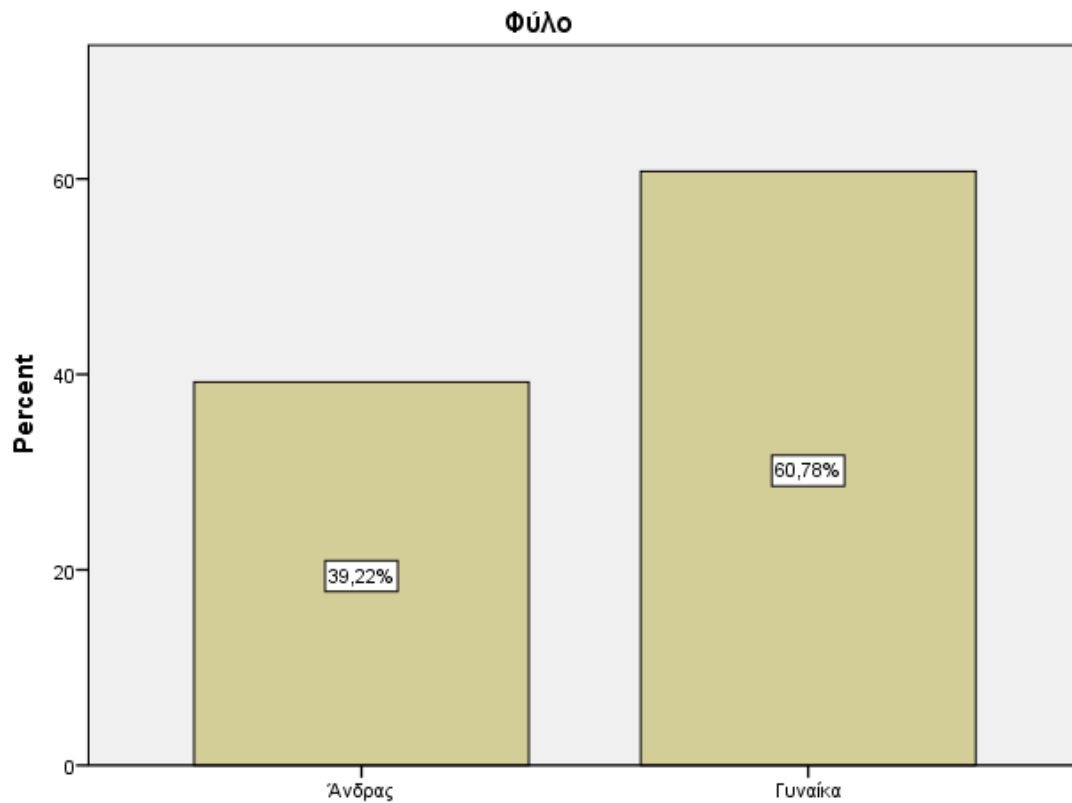
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα ενότητα της εργασίας γίνεται ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν αλλά και των επιπλέον στοιχείων που εξήχθησαν από τη βάση δεδομένων της 2^η Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου (2^η Υ.ΠΕ). Έχοντας ως στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων μέσω της συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων εστάλησαν μέσω ηλεκτρονικού συνδέσμου (link) και συλλέχθηκαν 102 ερωτηματολόγια, τα οποία μας έδωσαν στοιχεία και δεδομένα μέσω της επιτόπιας έρευνας.

6.1 Περιγραφική στατιστική

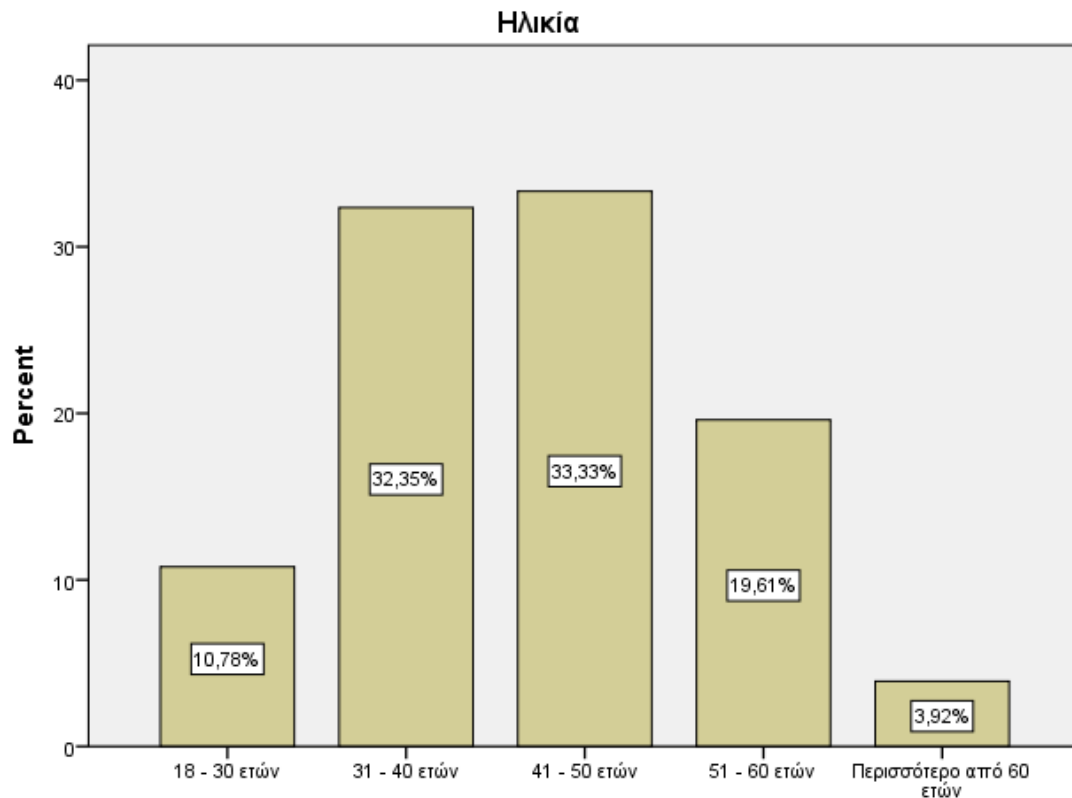
Αναλύοντας τα δεδομένα είχαμε τα παρακάτω πρώτα αποτελέσματα. Στην ερώτηση που αφορά το φύλο, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα ακόλουθα αποτελέσματα.



Σχήμα 1

Φύλο

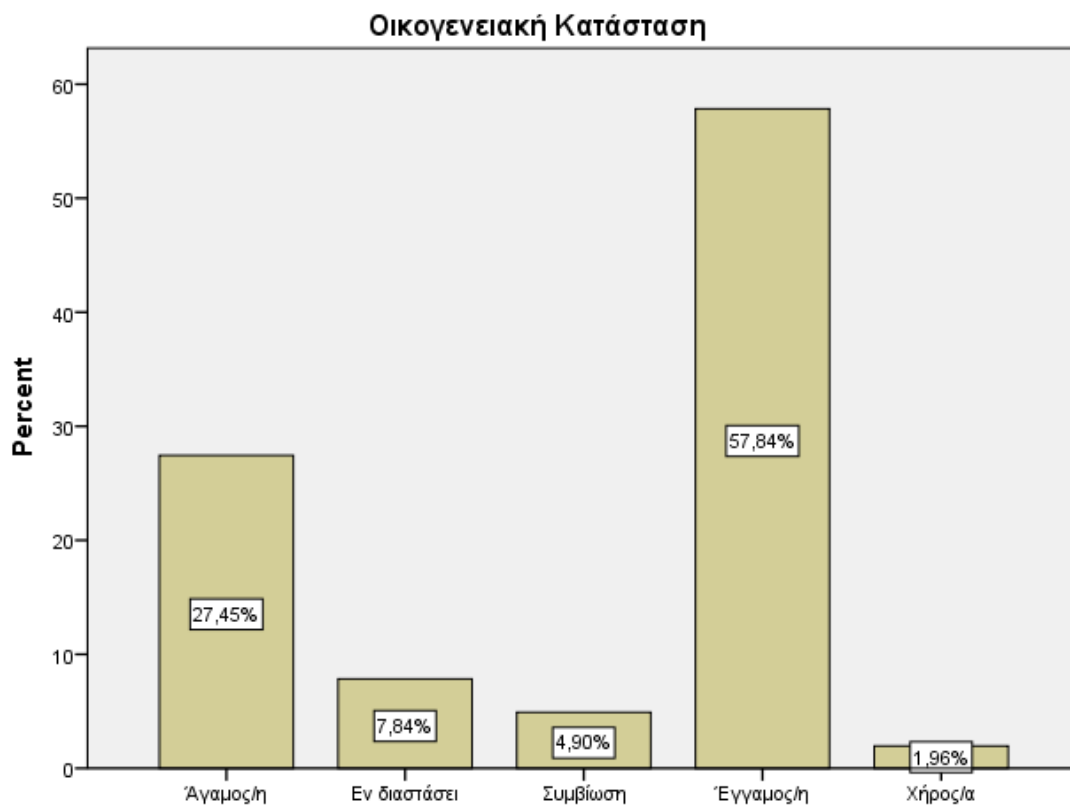
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης φύλου, 39,22% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, ενώ 60,78% ήταν γυναίκες. Στην ερώτηση περί ηλικίας, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.



Σχήμα 2

Ηλικία

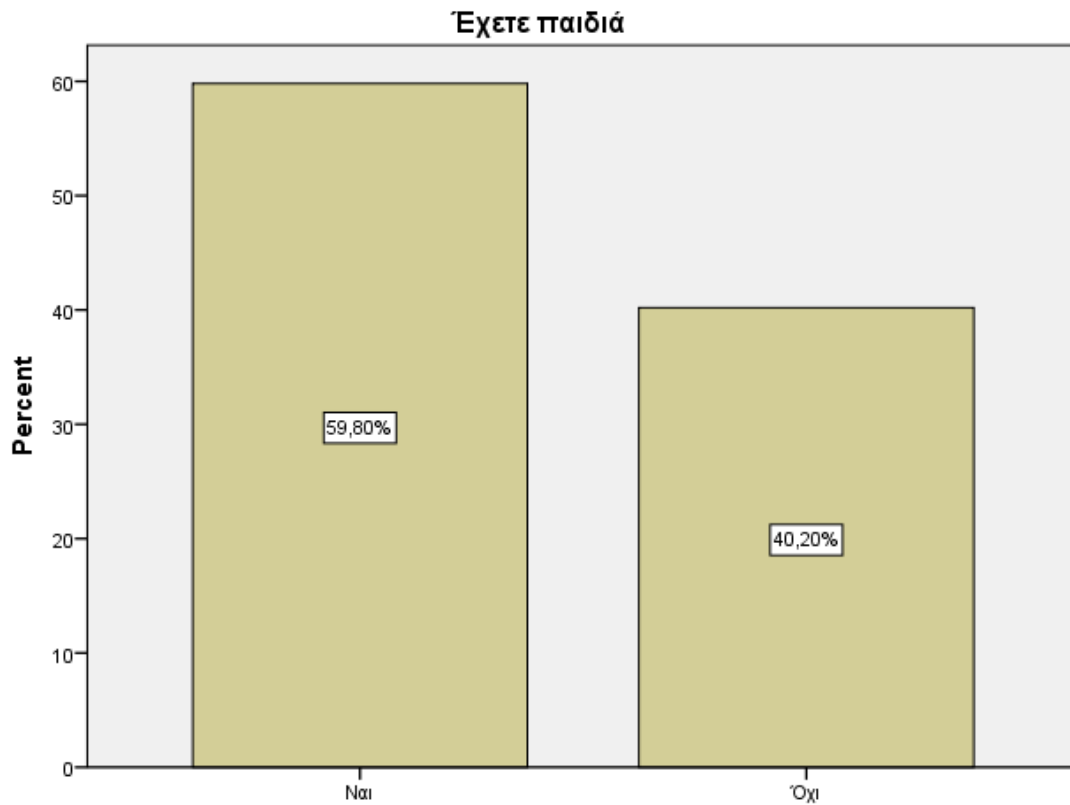
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί ηλικίας, 10,78% των συμμετεχόντων απάντησαν πως ήταν 18 – 30 ετών, 32,35% ήταν ηλικίας 31 - 40 ετών, 33,33% ήταν ηλικίας 41 - 50 ετών, 19,61% ήταν 51 - 60 ετών, ενώ 3,92% ήταν περισσότερο των 60ετών. Στην ερώτηση περί οικογενειακής κατάστασης, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.



Σχήμα 3

Οικογενειακή κατάσταση

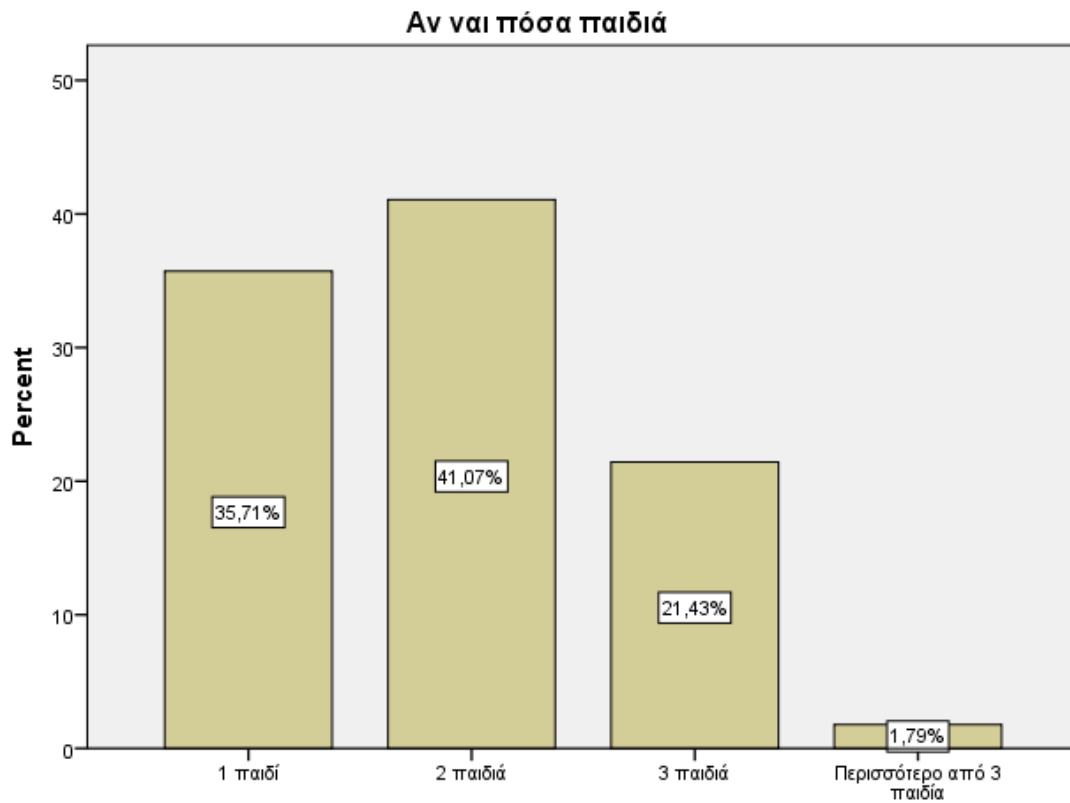
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί οικογενειακής κατάστασης, 27,45% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι/ες, 7,84% εν διαστάσει, 4,90% σε συμβίωση, 57,84% έγγαμοι/ες, ενώ 1,96% ήταν χήροι/ες. Στην ερώτηση εάν έχετε παιδιά, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα ακόλουθα αποτελέσματα.



Σχήμα 4

Έχετε παιδιά

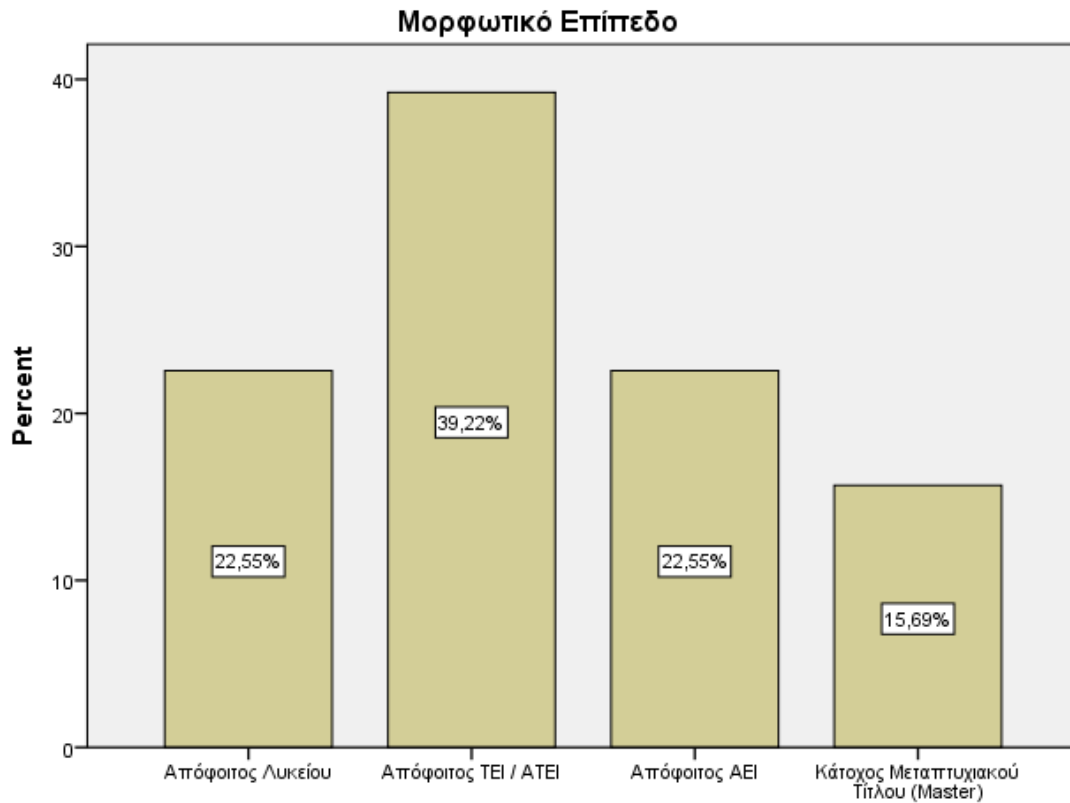
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης εάν έχετε παιδιά, 59,80% των συμμετεχόντων απάντησαν ναι, ενώ 40,20% απάντησαν όχι. Στην ερώτηση εάν έχετε παιδιά πόσα, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.



Σχήμα 5

Αν ναι έχετε παιδιά, πόσα

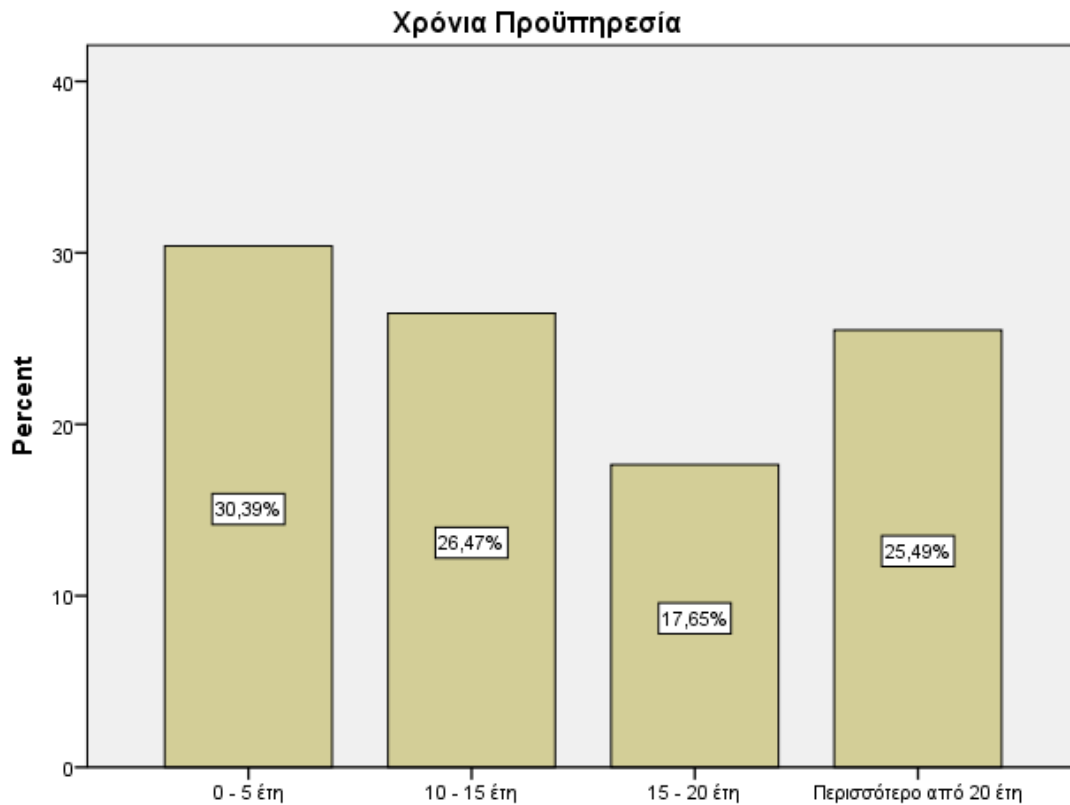
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης εάν ναι έχετε παιδιά, πόσα, 35,71% των συμμετεχόντων απάντησαν 1 παιδί, 41,07% 2 παιδιά, 21,43% 3 παιδιά, ενώ 1,79% απάντησαν περισσότερο από 3 παιδιά. Στην ερώτηση που αφορά το μορφωτικό επίπεδο, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα κάτωθι αποτελέσματα.



Σχήμα 6

Μορφωτικό επίπεδο

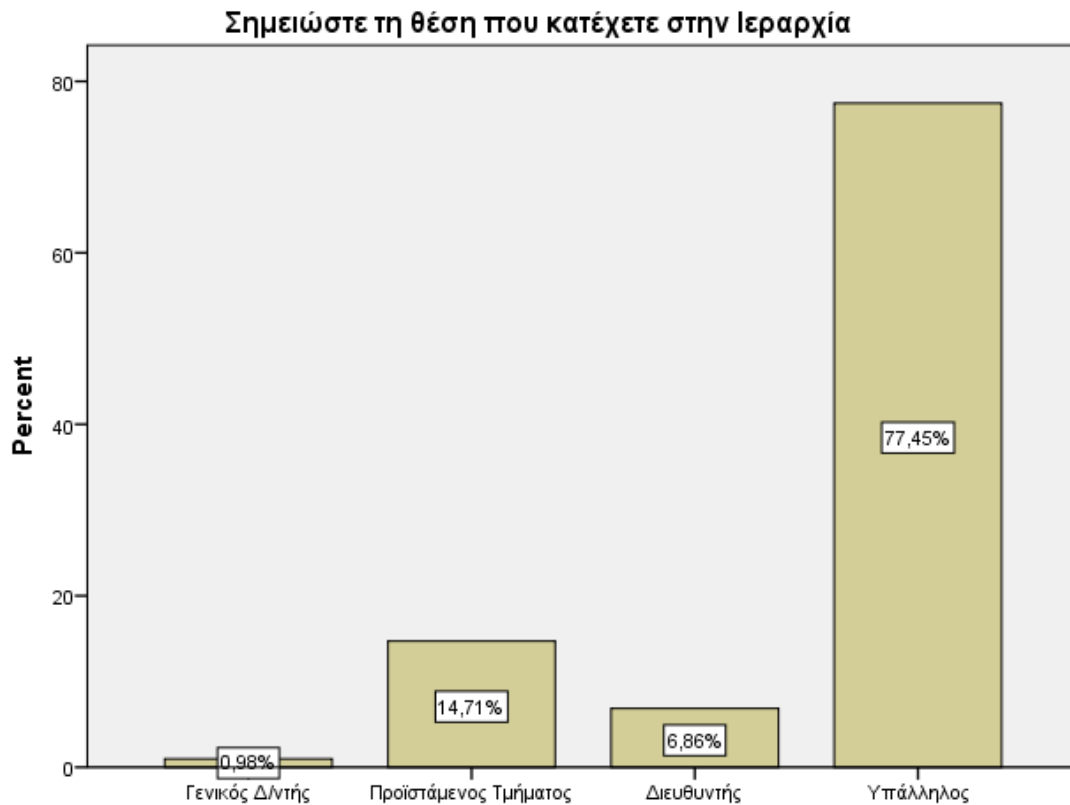
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης, που αφορά το μορφωτικό επίπεδο, 22,55% των συμμετεχόντων απάντησαν απόφοιτοι λυκείου, 39,22% απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΤΕΙ, 22,55% απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ 15,69% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού Τίτλου (Master). Στην ερώτηση που αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα κάτωθι αποτελέσματα.



Σχήμα 7

Χρόνια προϋπηρεσίας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί τα χρόνια προϋπηρεσίας, 30,39% των συμμετεχόντων απάντησαν 0 – 5 έτη, 26,47% 10 – 15 έτη, 17,65% 15 – 20 έτη, ενώ 25,49% απάντησαν περισσότερο από 20 έτη. Στην ερώτηση που αφορά την σημείωση της θέσης που κατέχετε στην Ιεραρχία, στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται τα κάτωθι αποτελέσματα.



Σχήμα 8

Σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία, 0,98% των συμμετεχόντων απάντησαν Γενικός Δ/ντης, 14,71% προϊστάμενοι τμήματος, 6,86% διευθυντές, ενώ 77,45% απάντησαν υπάλληλοι. Στις ερωτήσεις κλίμακας που αφορούν τις συνέπειες της κρίσης στον κλάδο της υγείας και τους εργαζομένους της, σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα περιγραφικής στατιστικής η μισές σχεδόν απαντήσεις ήταν άνω του Μετρίου δηλαδή άνω του 3 (βλέπε αναλυτική παρουσίαση των διαγραμμάτων ερωτήσεων κλίμακας στο παράρτημα).

Πιο συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι συμφώνησαν πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας, έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση, οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α)

υποστελεχώνονται, η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών και στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Επιπλέον, οι ερωτώμενοι εξέφρασαν ουδέτερη άποψη για το αν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), , στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά, στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία και το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

	M	TA
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	4,26	,73
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	4,26	,73
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται	4,26	,72
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	4,29	,62
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	4,67	,57
Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	2,82	,78
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	2,86	,72
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	4,00	,88
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	3,57	1,11
Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	2,93	,84
Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	2,86	,78

Πίνακας 1

Πίνακας περιγραφικής στατιστικής ερωτήσεων κλίμακας

6.2 Επαγωγική Στατιστική

Έχοντας λοιπόν παρουσιάσει μέσω της περιγραφικής στατιστικής όλες τις ερωτήσεις μας, αρκεί να προχωρήσουμε στο επόμενο βήμα που είναι ο έλεγχος ύπαρξης σημαντικής διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των διαφόρων εξεταζόμενων ομάδων του δείγματος με τις διακριτές ερωτήσεις. Αυτό σημαίνει πως κοιτάμε την ύπαρξη σημαντικής διαφοράς των ερωτήσεων κλίμακας μας με βάση τις απαντήσεις

των λοιπών διακριτών ερωτήσεων (Μορφωτικό Επίπεδο, Χρόνια Προϋπηρεσίας, Σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία). Για την εφαρμογή του εν λόγω ελέγχου είναι απαραίτητη η εφαρμογή των ελέγχων Κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov & Shapiro Wilk στις ερωτήσεις κλίμακας. Εάν οι ερωτήσεις μας αυτές γίνονται αποδεκτές από το εν λόγω κριτήριο τότε ακολουθούν την Κανονική κατανομή που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή παραμετρικού στατιστικού ελέγχου (πίνακας ANOVA, κλπ.) ή μη παραμετρικού στατιστικού ελέγχου. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραπάνω ελέγχων.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statis tic	df	p	Statis tic	df	p
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	,255	102	,000	,790	102	,000
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	,255	102	,000	,790	102	,000
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται	,259	102	,000	,794	102	,000
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	,309	102	,000	,752	102	,000
B.5 Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	,437	102	,000	,607	102	,000
B.6 Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	,296	102	,000	,853	102	,000
B.7 Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	,291	102	,000	,838	102	,000
B.8 Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	,265	102	,000	,840	102	,000

B.9 Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	,190	102	,000	,893	102	,000
B.10 Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	,261	102	,000	,872	102	,000
B.11 Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	,266	102	,000	,862	102	,000

Πίνακας 2

Πίνακας Κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα λοιπόν του άνωθεν πίνακα 2, καμία ερώτηση κλίμακας δεν ακολουθεί την Κανονική κατανομή με βάση τα δύο κριτήρια καθώς το $P - value > 0.05$. Αυτό μας οδηγεί τελικά για την εύρεση ύπαρξης σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ερωτήσεων κλίμακας και των διακριτών ερωτήσεων στην χρήση Μη Παραμετρικών ελέγχων και συγκεκριμένα στην εφαρμογή του κριτηρίου Mann – Whitney για 2 ανεξάρτητα δείγματα (2επιλογές απαντήσεων διακριτών ερωτήσεων) και του κριτηρίου Kruskal Wallis περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα (παραπάνω 2 επιλογές απαντήσεων διακριτών ερωτήσεων). Από τον εν λόγω έλεγχο έχουμε τα παρακάτω στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζουν p-value μικρότερο του 0,05.

	Φύλο					
	Άνδρας		Γυναίκα		U	p
	M	TA	M	TA		
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	4,23	,73	4,29	,73	1176,000	,630
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	4,25	,84	4,27	,66	1206,000	,798
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α) υποστελεχώνονται	4,20	,82	4,31	,64	1185,000	,680
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	4,25	,71	4,32	,57	1203,000	,773
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	4,73	,55	4,63	,58	1125,500	,319
Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	2,73	,68	2,89	,83	1080,000	,225
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	2,82	,71	2,89	,73	1197,500	,745
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	4,03	,83	3,98	,91	1227,500	,927
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	3,52	1,11	3,60	1,12	1215,500	,862

Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	2,78	,73	3,03	,89	998,000	,071
Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	2,78	,66	2,92	,86	1105,500	,313

Πίνακας 3

Έλεγχος MannWhitney για τις διαφορές μεταξύ των φύλων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών για τις παραπάνω ερωτήσεις.

	Παιδιά				U	p
	Όχι		Ναι			
	M	TA	M	TA		
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	4,17	,67	4,33	,77	1067,500	,171
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	4,27	,71	4,26	,75	1245,500	,970
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α) υποστελεχώνονται	4,29	,78	4,25	,67	1172,500	,561

Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	4,37	,58	4,25	,65	1141,500	,398
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	4,71	,51	4,64	,61	1204,000	,687
Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	2,68	,82	2,92	,74	1004,500	,063
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	2,73	,81	2,95	,64	1012,500	,070
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	4,02	,65	3,98	1,01	1212,500	,781
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	3,63	,86	3,52	1,26	1225,000	,857
Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	2,83	,89	3,00	,80	1073,000	,188
Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	2,71	,60	2,97	,87	1013,000	,076

Πίνακας 4

Έλεγχος MannWhitney για τις διαφορές μεταξύ όσων έχουν παιδιά και όσων δεν έχουν

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων έχουν και όσων δεν έχουν για τις παραπάνω ερωτήσεις.

	Μορφωτικό Επίπεδο								X ² (3)	p
	Απόφοιτος Λυκείου		Απόφοιτος ΤΕΙ / ΑΤΕΙ		Απόφοιτος ΑΕΙ		Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Τίτλου (Master)			
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA		
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	4,30	,82	4,27	,72	4,35	,65	4,06	,77	1,673	,433
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	4,48	,79	4,30	,72	4,30	,63	3,81	,66	10,235	,017
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται	4,26	,86	4,40	,55	4,22	,74	4,00	,82	2,324	,313
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	4,22	,52	4,37	,59	4,22	,74	4,31	,70	,879	,644
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	4,78	,52	4,68	,53	4,65	,57	4,50	,73	2,182	,336

Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	2,70	,76	2,82	,84	2,74	,69	3,13	,72	3,038	,219
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	2,57	,73	2,93	,73	2,87	,63	3,13	,72	5,339	,069
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	3,96	,82	4,00	,91	4,09	,90	3,94	,93	,423	,809
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	3,52	,90	3,75	1,13	3,65	1,23	3,06	1,12	5,167	,076
Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	2,83	,58	3,00	,91	2,87	,87	3,00	,97	,482	,786
Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	2,83	,65	2,92	,92	2,78	,74	2,88	,72	,072	,965

Πίνακας 5

Έλεγχος KruskalWallisγια τις διαφορές μεταξύ των μορφωτικών επιπέδων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά για την ερώτηση «Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση;» καθώς $p < 0.05$. Χρησιμοποιώντας την διόρθωση Bonferroniγια τον προσδιορισμό του νέου επιπέδου

σημαντικότητας $\alpha^* = \alpha/6 = 0,0083$ προκύπτει ότι οι απόφοιτοι λυκείου πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι όσων κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο ότι έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση (Γράφημα 1, Παράρτημα).

	Χρόνια Προϋπηρεσία								X ² (3)	p
	0 - 5 έτη		10 - 15 έτη		15 - 20 έτη		Περισσότερο από 20 έτη			
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA		
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας	4,10	,60	4,26	,66	4,17	,99	4,54	,71	7,441	,059
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση	4,16	,69	4,19	,56	4,17	,92	4,54	,76	7,262	,064
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται	4,19	,70	4,41	,69	4,11	,90	4,31	,62	1,925	,588
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	4,45	,57	4,22	,75	4,33	,69	4,15	,46	4,331	,228
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών	4,71	,53	4,70	,54	4,67	,69	4,58	,58	1,438	,697

Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	2,58	,67	2,81	,88	2,83	,79	3,12	,71	8,580	,035
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά	2,58	,67	2,96	,76	2,83	,79	3,12	,59	8,882	,031
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό	3,97	,66	4,26	,76	3,72	1,07	3,96	1,04	4,004	,261
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία	3,65	,84	3,67	,92	3,22	1,22	3,62	1,47	2,027	,567
Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)	2,61	,62	3,07	,92	3,06	,73	3,08	,98	7,798	,050
Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας	2,68	,60	2,74	,66	2,89	,83	3,19	,98	6,544	,088

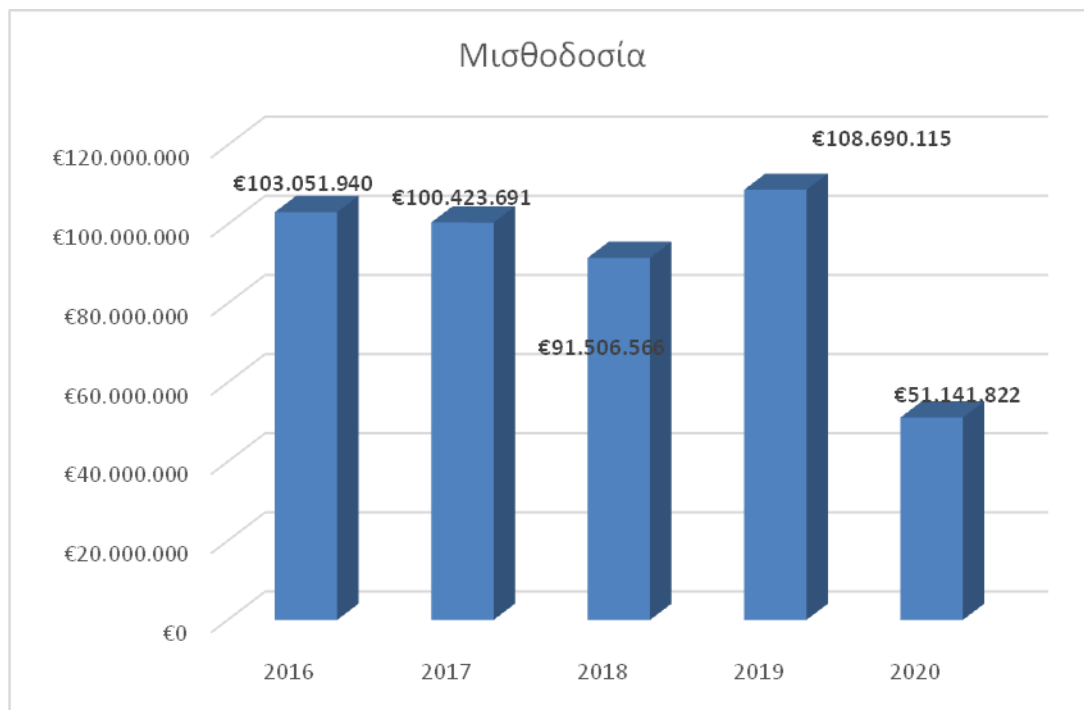
Πίνακας 6

Έλεγχος Kruskal Wallis για τις διαφορές μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις ερωτήσεις «Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;» και «Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά» καθώς $p < 0.05$. Χρησιμοποιώντας την διόρθωση Bonferroni για τον προσδιορισμό του νέου επιπέδου σημαντικότητας $\alpha^* = \alpha/6 = 0,0083$ προκύπτει ότι όσοι έχουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών έναντι όσων προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα πιστεύουν πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά.

6.3 Δευτερογενή στοιχεία

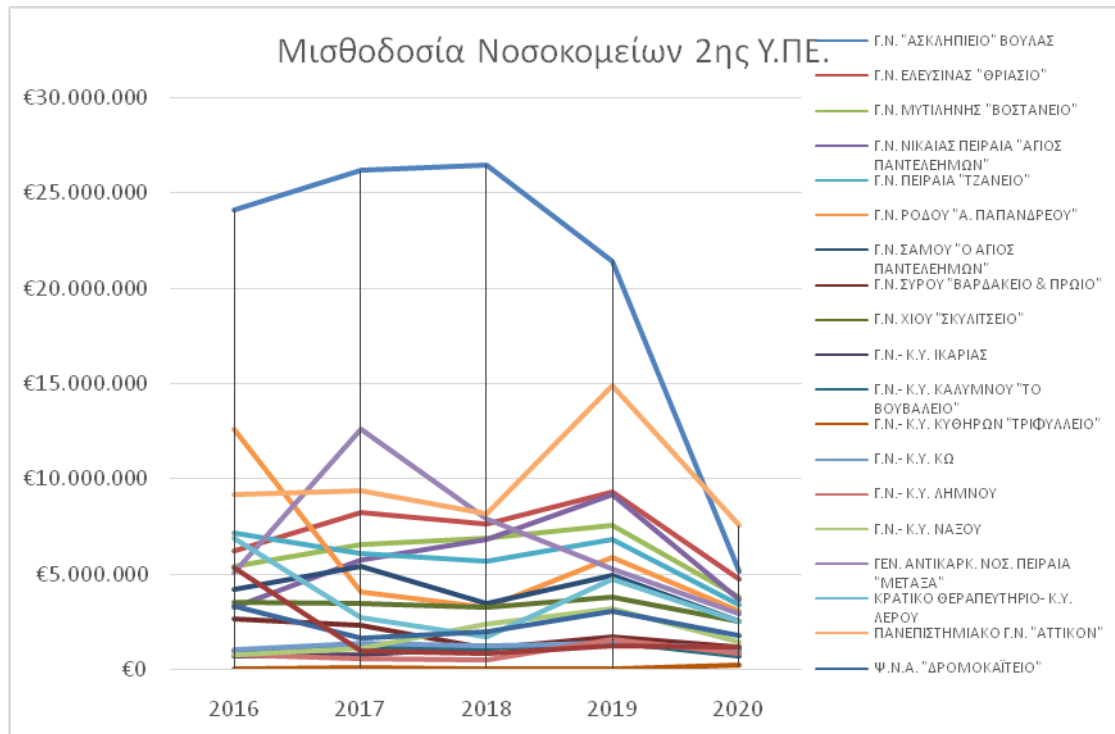
Ακολουθώς εξορύξαμε διαχρονικά στατιστικά στοιχεία από την βάση δεδομένων της 2ης Υ.ΠΕ. με σημαντικά στοιχεία όπως αυτά των δαπανών μισθοδοσίας, των δαπανών φαρμάκου αλλά και των ετήσιων προϋπολογισμών των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ.



Σχήμα 9

Μισθοδοσία Συνόλου Νοσοκομείων 2^{ης} Υ.ΠΕ.

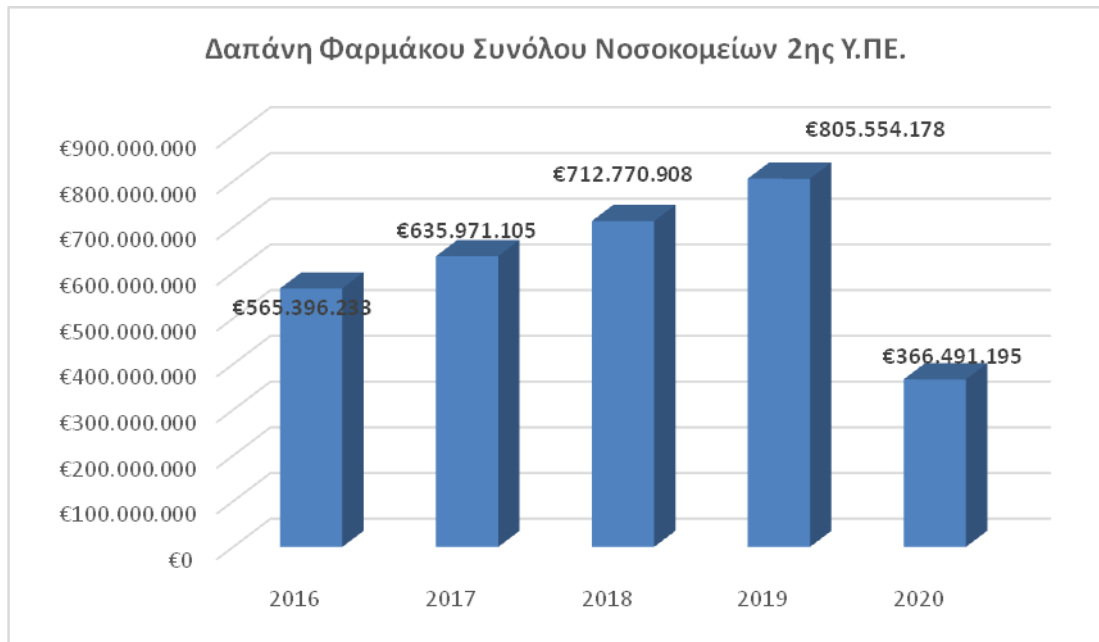
Σύμφωνα με το άνωθεν σχήμα εντοπίζεται μια σταθερή τάση στις δαπάνες μισθοδοσίας κατά τα έτη 2016 μέχρι και το 2020 (τα στοιχεία για το έτος 2020 είναι μέχρι και τον Σεπτέμβριο), με μια μικρή καμπή κατά το έτος 2018 και έπειτα. Δεδομένου ότι η μισθοδοσία συνδέεται άρρηκτα με τον αριθμό υπαλλήλων που απασχολούνται μπορούμε εύκολα να συμπεραίνουμε πως το προσωπικό στον τομέα της υγείας ήταν σχεδόν σταθερό με εξαίρεση αυτή του έτους 2018.



Σχήμα 10

Μισθοδοσία Νοσοκομείων 2^{ης} Υ.ΠΕ.

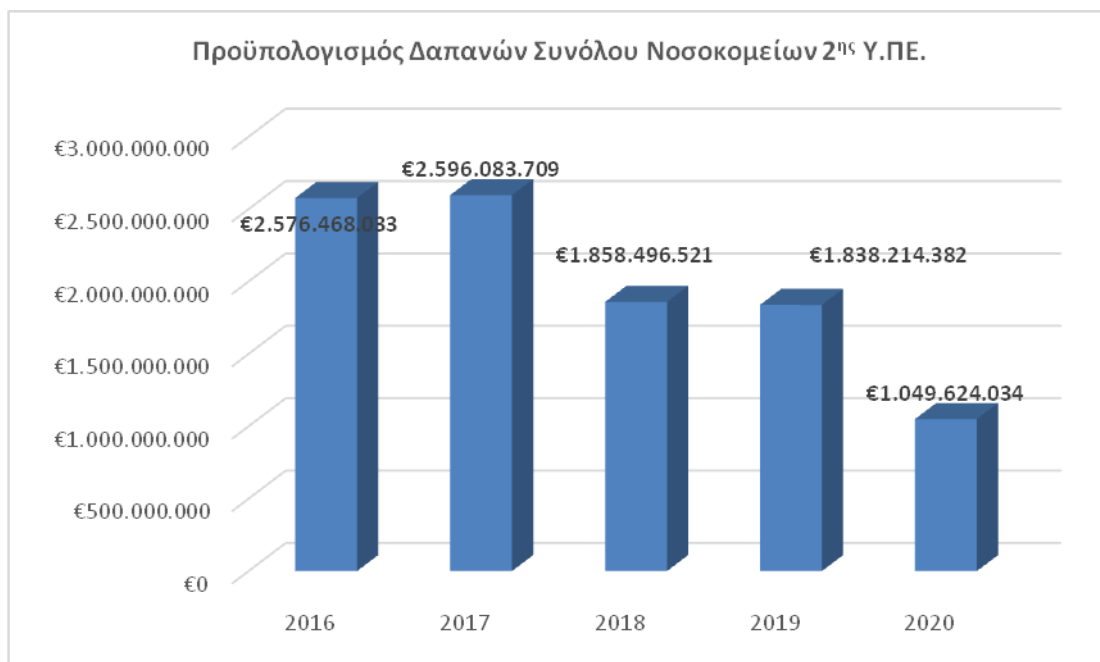
Ακολουθώντας από το σχήμα 9, στο σχήμα 10 παρουσιάζονται αναλυτικά η δαπάνη μισθοδοσίας ανά νοσοκομείο μελέτης. Εύκολα εντοπίζεται πως ο κύριος όγκος δαπανών και προσωπικού εντοπίζεται το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αττικών με το Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά Άγιος Παντελεήμων να ακολουθεί και στην συνέχεια τα υπόλοιπα νοσοκομεία.



Σχήμα 11

Δαπάνη Φαρμάκου Συνόλου Νοσοκομείων 2ης Υ.ΠΕ.

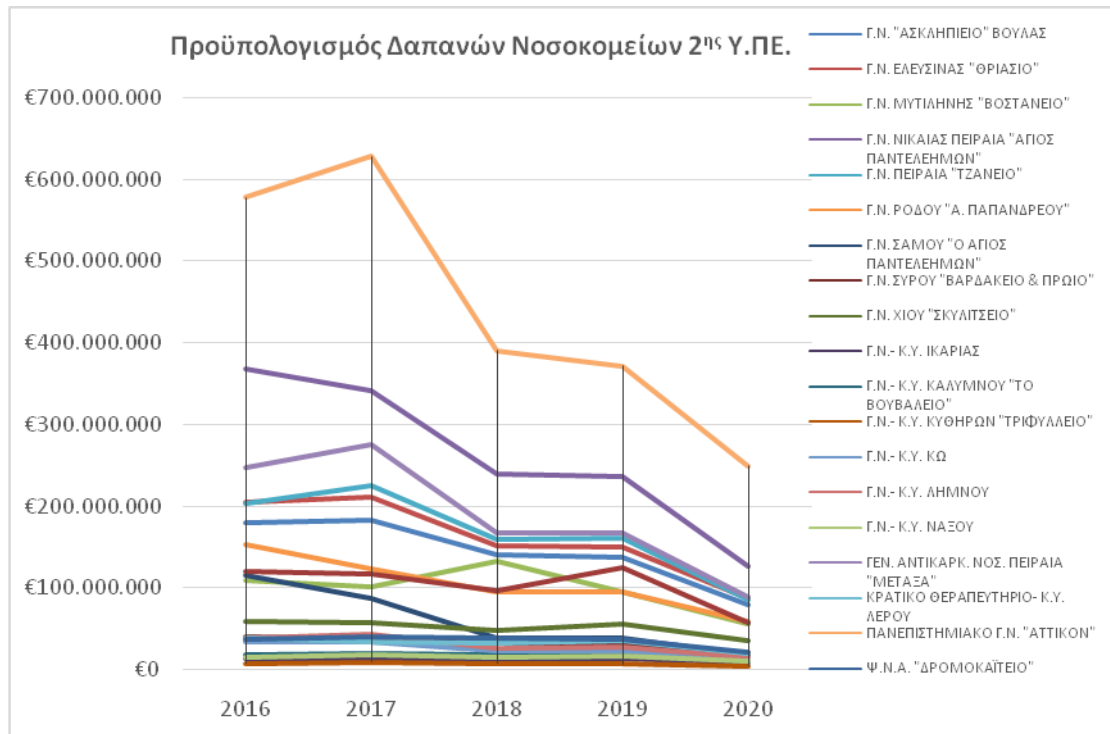
Σύμφωνα με το άνωθεν σχήμα εντοπίζεται μια χαμηλή τάση στις δαπάνες μισθοδοσίας κατά το έτος 2016 η οποία εκτινάσσεται κατά τα έτη 2017 και έπειτα. Δεδομένου ότι στην περίοδο κρίσης θεωρούμε πως οι δαπάνες στο κομμάτι της υγείας μειώνονται, ωστόσο στο σκέλος του φαρμάκου που αποτελεί μοχλό λειτουργίας των νοσοκομείων η δαπάνη αυξάνεται, μιας και την περίοδο κρίσεως ο πληθυσμός προτιμά την δημόσια υγεία η οποία του παρέχει υπηρεσίες υγείας με πολύ χαμηλό κόστος.



Σχήμα 13

Προϋπολογισμός Δαπανών Συνόλου Νοσοκομείων 2^{ης} Υ.ΠΕ.

Σύμφωνα με το άνωθεν σχήμα εντοπίζεται μια αυξητική τάση στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων κατά τα έτη 2016 – 2017 η οποία βαίνει μειούμενη κατά τα έτη 2018 και έπειτα. Δεδομένου ότι στην περίοδο κρίσης θεωρούμε πως οι δαπάνες στο κομμάτι της υγείας μειώνονται, ωστόσο υπάρχουν δαπάνες που αποτελούν μοχλό λειτουργίας των νοσοκομείων και αυτό εμφανίζει την εν λόγω δαπάνη να αυξάνεται, μιας και την περίοδο κρίσεως ο πληθυσμός προτιμά την δημόσια υγεία η οποία του παρέχει υπηρεσίες υγείας με πολύ χαμηλό κόστος.



Σχήμα 14

Προϋπολογισμός Δαπανών Νοσοκομείων 2ης Υ.ΠΕ.

Ακολουθώντας από το σχήμα 13, στο σχήμα 14 παρουσιάζονται αναλυτικά οι προϋπολογισμοί ανά νοσοκομείο μελέτης. Εύκολα εντοπίζεται πως ο κύριος όγκος δαπανών φαρμάκου εντοπίζεται στο Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αττικό με το Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά Άγιος Παντελεήμων να ακολουθεί και στην συνέχεια τα υπόλοιπα νοσοκομεία το οποίο καταδεικνύει τον πόσο μεγάλο φόρτο δέχονται τα μεγάλα νοσοκομεία όπως το Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αττικό με το Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά Άγιος Παντελεήμων.

Επιπλέον πέραν των αποτελεσμάτων της έρευνας πεδίου από την εξαγωγή και επεξεργασία των δεδομένων των νοσοκομείων της 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου, αποτυπώθηκε η σταθερή διακύμανση των δαπανών μισθοδοσίας του προσωπικού, τις αυξημένες δαπάνες φαρμάκου και τον μειωμένο προϋπολογισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε η χρήση ιστορικών στοιχείων από την διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία αλλά και έρευνα πεδίου στους εργαζομένους της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου με την ταυτόχρονη εξόρυξη στοιχείων από την βάση δεδομένων της υπηρεσίας, με στόχο την ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά και συγκεκριμένα την ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου αλλά και την αποτύπωση της επίδρασης από τους εργαζομένους του κλάδου της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι συμφώνησαν πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας, έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση, οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α) υποστελεχώνονται, η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών και στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συναφές με την μείωση του προϋπολογισμού των νοσοκομείων όπως παρατηρήθηκε στην ανάλυση των δευτερογενών δεδομένων και την παράλληλη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από το θεωρητικό μέρος της εργασίας σύμφωνα με το οποίο οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, ως μερίδιο των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, έφτασαν στο υψηλό σημείο της τάξης του 13,2% το 2006 (OECD, 2013 · Περιφερειακή Υπηρεσία ΠΟΥ για την Ευρώπη, 2014). Ωστόσο, μετά την καθιέρωση των εκτεταμένων μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες στην ΕΕ έως το 2012, που δεν ξεπερνούσε το 11,5% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 15%.

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι εξέφρασαν ουδέτερη άποψη για το αν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά, στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία και το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις των Κυριόπουλου & Τσιάντου (2010) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Οι παραπάνω απόψεις των εργαζομένων ήταν ανεξάρτητες του φύλου τους και της ύπαρξης παιδιών στην οικογένεια. Όμως προέκυψε ότι οι απόφοιτοι λυκείου πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι όσων κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο ότι έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση. Παράλληλα, προέκυψε ότι όσοι έχουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών έναντι όσων προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα πιστεύουν πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά.

Έτσι όλα τα παραπάνω παρουσιάζουν ποσοτικά την διαχρονική επίδραση της κρίσης στον τομέα της υγείας. Αξίζει τέλος να σημειωθεί πως σαν επόμενο βήμα για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να γίνει μια διευρυμένη έρευνα πεδίου από τα νοσοκομεία όλης της χώρας δηλαδή και των 7 Υγειονομικών Περιφερειών με την έκδοση σχετικού ερωτηματολογίου και την εφαρμογή αντίστοιχης στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που θα συλλεχθούν και θα επιβεβαιώσουν και ποσοτικά τα εν λόγω ευρήματα.

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα

κάτω από την πίεση της παγκόσμιας - και ιδίως της εθνικής - οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

Στην παρούσα εργασία έγινε η χρήση ιστορικών στοιχείων από την διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία αλλά και έρευνα πεδίου στους εργαζομένους της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου με την ταυτόχρονη εξόρυξη στοιχείων από την βάση δεδομένων της υπηρεσίας, με στόχο την ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών των ελληνικών νοσοκομείων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετά και συγκεκριμένα την ανάλυση των δαπανών των νοσοκομείων Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου αλλά και την αποτύπωση της επίδρασης από τους εργαζομένους του κλάδου της υγείας.

Μετά την εφαρμογή ποικίλων στατιστικών ελέγχων, παρατηρήθηκε πως παρά την αύξηση των δαπανών των νοσοκομείων για τα νοσοκομεία ελέγχου τόσο στον συνολικό προϋπολογισμό τους, όσο και στις δαπάνες φαρμάκου όπου αυτό οφείλεται από την υψηλή προσέλευση κόσμου λόγω του χαμηλού κόστους υπηρεσίας (πληρώνεται μέσω των ασφαλιστικών εισφορών), ωστόσο το κόστος μισθοδοσίας που αντανακλά τον αριθμό των απασχολούμενων, είτε βαίνει μειούμενο, είτε παραμένει σε χαμηλά επίπεδα που σημαίνει αντίστοιχα μειωμένο αριθμό προσωπικού. Επιπλέον, τα αποτελέσματα του δείγματος 102 εργαζομένων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. έδωσε αποτελέσματα για την γνώμη των εργαζομένων σχετικά με την επίδραση που είχε στην λειτουργία των υπηρεσιών υγείας η κρίση τόσο ως προς τους πολίτες όσο και προς τους εργαζομένους, η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν άνω του Μετρίου και του πολύ, δηλαδή άνω του 2,5 (βλέπε αναλυτική παρουσίαση των διαγραμμάτων ερωτήσεων

κλίμακας στο παράρτημα). Ακόμα η ανάλυση των δεδομένων παρουσίασε πως οι απαντήσεις των εργαζομένων επηρεάζονται σημαντικά από:

- ✓ Το Μορφωτικό Επίπεδο
- ✓ Τα Χρόνια Προϋπηρεσίας
- ✓ Την θέση που κατέχουν στην Ιεραρχία

Έτσι όλα τα παραπάνω παρουσιάζουν ποσοτικά την διαχρονική επίδραση της κρίσης στον τομέα της υγείας.

Έχοντας ολοκληρώσει την παρούσα εργασία στο σημείο αυτό θα δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της μελέτης. Συγκεκριμένα και όσον αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα «Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με τον βαθμό που η οικονομική κρίση επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας» η παρούσα έρευνα συμπέρανε πως όλοι οι εργαζόμενοι θεωρούν πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας.

Αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα «Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με το πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση» από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως όλοι οι εργαζόμενοι θεωρούν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Όσον αφορά στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα «Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου σχετικά με εάν οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα υποστελεχώνονται» η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας συμφωνούν πως η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει στην υποστελέχωση των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα.

Αναφορικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα «Ποιες είναι οι απόψεις των εργαζομένων του κλάδου της υγείας των νοσοκομείων της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς και

Αιγαίου σχετικά με το εάν η έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών» οι ερωτώμενοι της έρευνας δήλωσαν πως πράγματι η έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στο πέμπτο ερευνητικό ερώτημα «Η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών» οι ερωτώμενοι απαντούν πως είναι αναγκαίο η εκάστοτε κυβέρνηση να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών.

Στη συνέχεια και όσον αφορά στο έκτο ερευνητικό ερώτημα «Ποια η ικανοποίησή σας από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας» οι εργαζόμενοι εξέφρασαν ουδέτερη άποψη για το αν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων.

Αναφορικά με το αν στα δημόσια νοσοκομεία, οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά και πάλι οι ερωτώμενοι κράτησαν ουδέτερη στάση. Όσον αφορά στο αν στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό οι ερωτώμενοι απαντούν θετικά πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Αναφορικά με το αν «Στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία» οι ερωτώμενοι συμφωνούν αναφέροντας πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία .

Στο ερευνητικό ερώτημα «Ποια είναι η ικανοποίησή σας από τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) όσοι έχουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών έναντι όσων προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από και πιστεύουν πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές

διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά.

Τέλος αναφορικά με το αν «Το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας» οι ερωτώμενοι απαντούν πως το προσωπικό δεν είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας».

Όλα τα παραπάνω αποτελέσματα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους αρμόδιους στον τομέα της υγείας προκειμένου να ενισχύσουν το εθνικό σύστημα υγείας. Το παραπάνω διαπιστώνεται και από την μη ετοιμότητα του συστήματος να ανταπεξέλθει ικανοποιείται σε μια κρίσης υγείας, όπως αυτήν που βιώνουμε σήμερα λόγω του covid-19.

Αξίζει τέλος να σημειωθεί πως σαν επόμενο βήμα για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να γίνει μια διευρυμένη έρευνα πεδίου από τα νοσοκομεία όλης της χώρας δηλαδή και των 7 Υγειονομικών Περιφερειών με την έκδοση σχετικού ερωτηματολογίου και την εφαρμογή αντίστοιχης στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που θα συλλεχθούν και θα επιβεβαιώσουν και ποσοτικά τα εν λόγω ευρήματα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

«Κεφάλαιο», Τεύχος 222, σελ. 54-60

Καμινιώτη, Ο. (2012). *Εργασία και Απασχόληση στην Ελλάδα*. ΕΙΕΑΔ

Κρούγκμαν Π. (2008). *Η κρίση του 2008*. Αθήνα: Καστανιώτης

Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2010). Η Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840

Μανιαδάκης Ν.(2011), *Επιστημονικός Σχεδιασμός-συντονισμός και Υποστήριξη ΥΥΚΑ και ΥΠΕ για την Ανάπτυξη και Βελτίωση Συστημάτων Οικονομικού Προγραμματισμού και Οικονομικής Διαχείρισης Νοσοκομείων με τη Χρήση Μηχανογραφημένου Διπλογραφικού Συστήματος: Απολογιστική Έκθεση Έργου*

Πανηγυράκης Δ. (2001). *Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων*. Αθήνα: Μπένου

Περιοδικό «Epsilon 7», τεύχος 313, σελ. Α14-Α15

Πεχλιβανίδου (2017), *Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα: προβλήματα και προοπτικές*

Σφακιανάκης Μ.Κ. (1998). *Διοικητική κρίσεων*. Αθήνα: Έλλην

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Hospital Association (2008), *The American Hospital Association's Annual Survey of Hospitals: a critical appraisal*
- Appleby J. (2008), *Funding HealthCare: 2008 and beyond*. Report from the Leeds Castle summit
- Economou C (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1–180.
- ELSTAT (2014). The Greek economy. Athens, Hellenic Statistical Service.
- Kaitelidou D et al. (2012). Efficiency of Greek hospitals: best practices of three top-performing hospitals. In: ISPOR 15th Annual European Congress, 3–7 November 2012. Berlin:PHP95.
- Kaitelidou D., (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 109: 23–30
- Katharakis G et al. (2013). Measuring hospital efficiency: comparing DEA and SFA methods. *Reviews in Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics*, 1(27): 17–31.
- Liaropoulos L . (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1): 72–81.
- OECD (2012), *Health at Glance Europe 2012*
- OECD (2013). Health statistics. Paris, Organisation for Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2014).

OECD (2014, March), *Society At A Glance 2014, Highlights: GREECE. The Crisis and its aftermath*

Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P., & Azevedo, H. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. *Copenhagen: World Health Organization.*

Siskou O, (2013). Investigating the economic impacts of new public pharmaceuticals policies in Greece: focusing on price reductions and cost sharing rates. *Value in Health*, 16(7): A470.

Siskou O, Kaitelidou D, Economou C (2009). Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *European Journal of Health Economics*, 10: 467–474.

Siskou O. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88: 282–293.

Tsavalias K (2013). Factors affecting the performance of the public hospital sector and proposals for restructuring hospitals [PhD thesis]. Athens, National and Kapodestrian University of Athens

WHO (2007), *The World Health report*

WHO (2009, January 19) *Report of a high – level Consultation*

WHO (2013) *Definition of Health*

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανέμεται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διατριβής και ζητά τις απόψεις σας για την αποτύπωση της διαχρονικής επίδρασης της οικονομικής κρίσης κατά την περίοδο αυτής αλλά και το πέρας της. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να καταμετρήσουμε το πόσο η επίδραση αυτή αποτυπώνεται στην καθημερινότητα των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα των εργαζομένων της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται δεξιά από κάθε απάντηση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: .../.../.....

A/A:.....

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:ετών
3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Χήρος/α
Εν διαστάσει Συμβίωση
4. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι
5. Αν ναι πόσα παιδιά; 1 παιδί 2 παιδιά 3 παιδιά
Περισσότερο από 3 παιδιά
6. Μορφωτικό Επίπεδο: Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ΤΕΙ / ΑΤΕΙ Απόφοιτος ΑΕΙ
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου (Master)
Κάτοχος Διδακτορικού (PhD)
7. Χρόνια Προϋπηρεσία:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

8. Σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία:

Γενικός Δ/ντής Διευθυντής Προϊστάμενος Τμήματος
Υπάλληλος

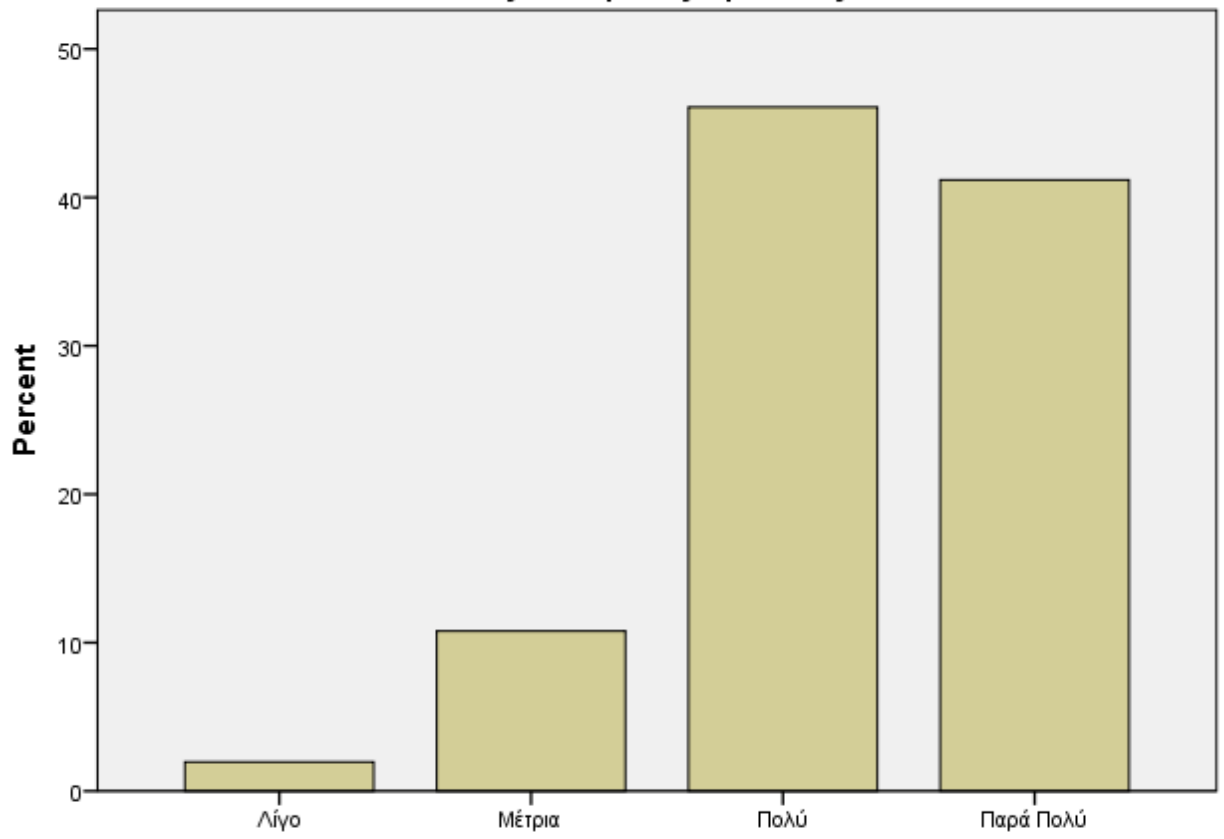
Έρευνα για την Αξιολόγηση

Παρακαλώ σημειώστε με X στην κάθε ερώτηση, την επιλογή σας από 1 έως 5 με βάση την παρακάτω κλίμακα.

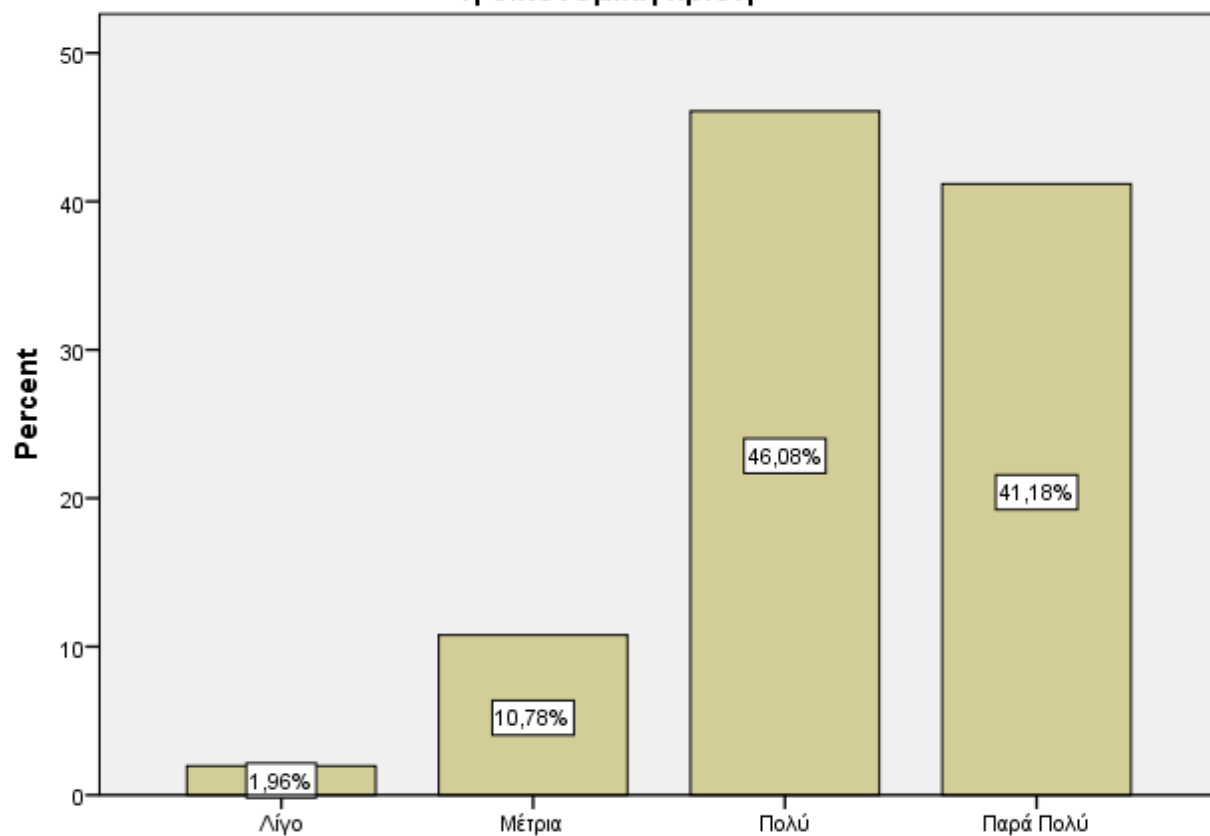
Ερωτήσεις	1 = Καθόλου	2 = Λίγο	3 = Μέτρια	4 = Πολύ	5 = Παρά Πολύ
B.1	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας				
B.2	Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση				
B.3	Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ.α) υποστελεχώνονται				
B.4	Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών				
B.5	Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών				
B.6	Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας				
B.7	Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά				
B.8	Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό				
B.9	Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία				
B.10	Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)				
B.11	Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας				

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που δαπανήσατε με την συμμετοχή σας στην εν λόγω έρευνα μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

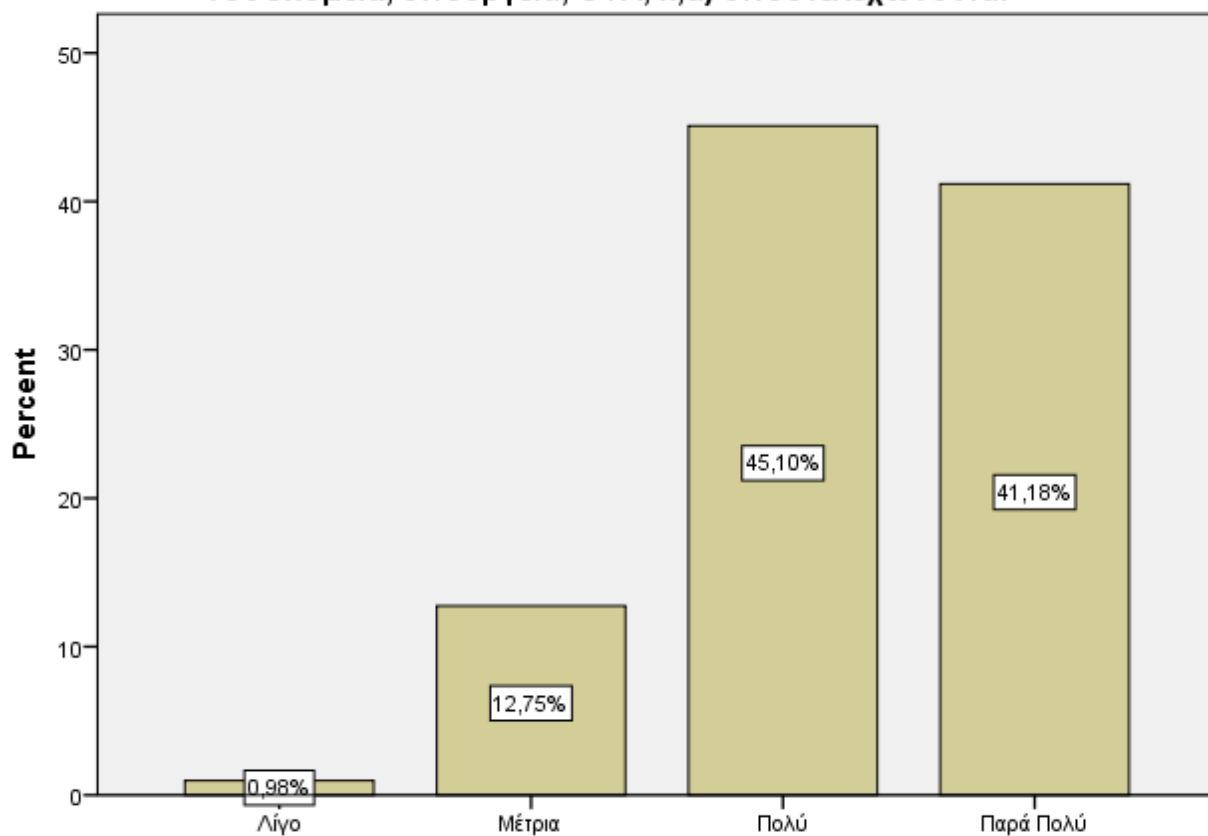
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας



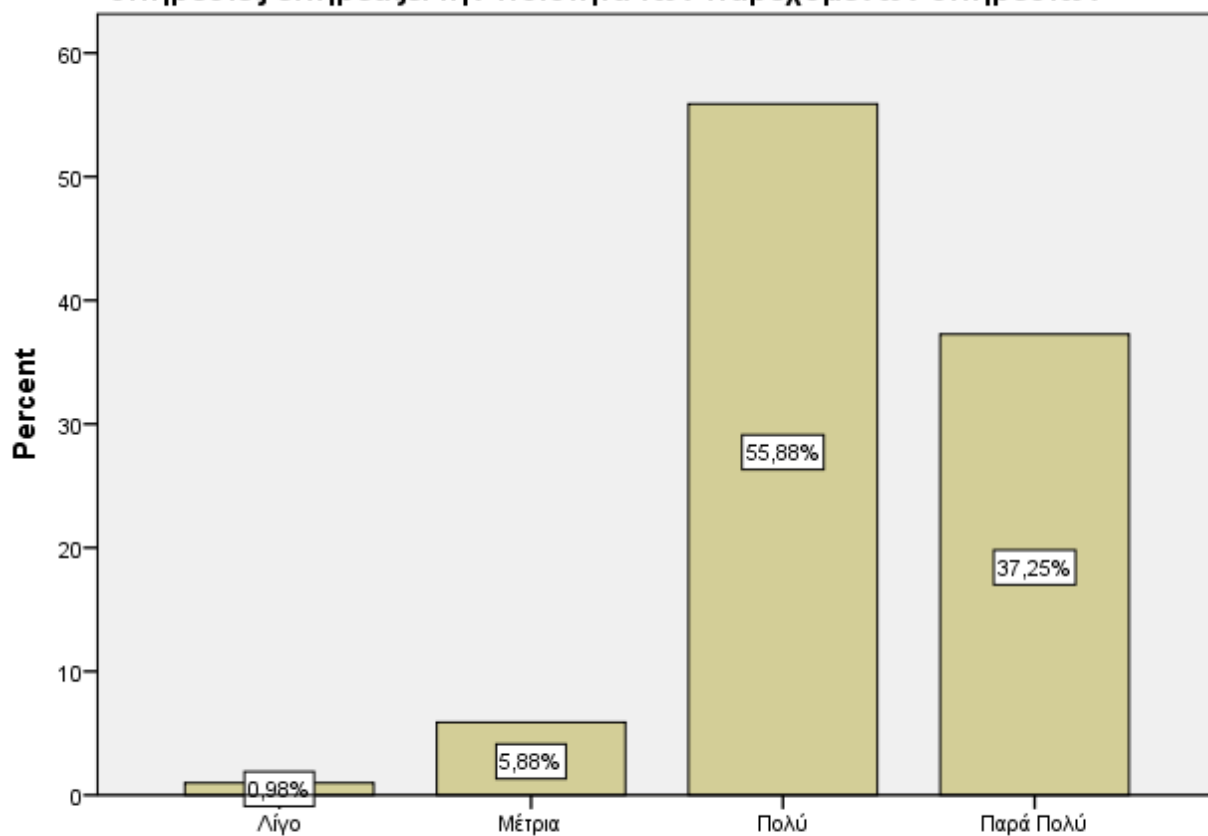
Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση



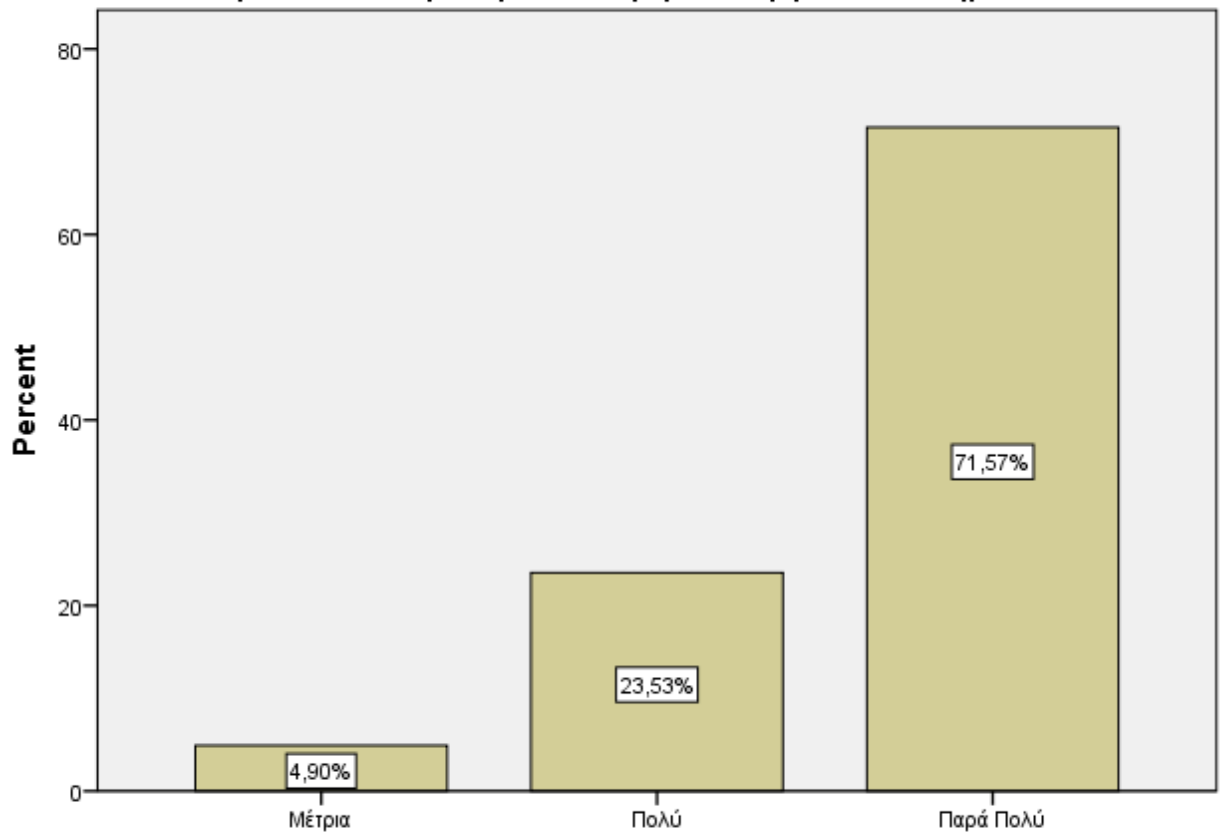
Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται



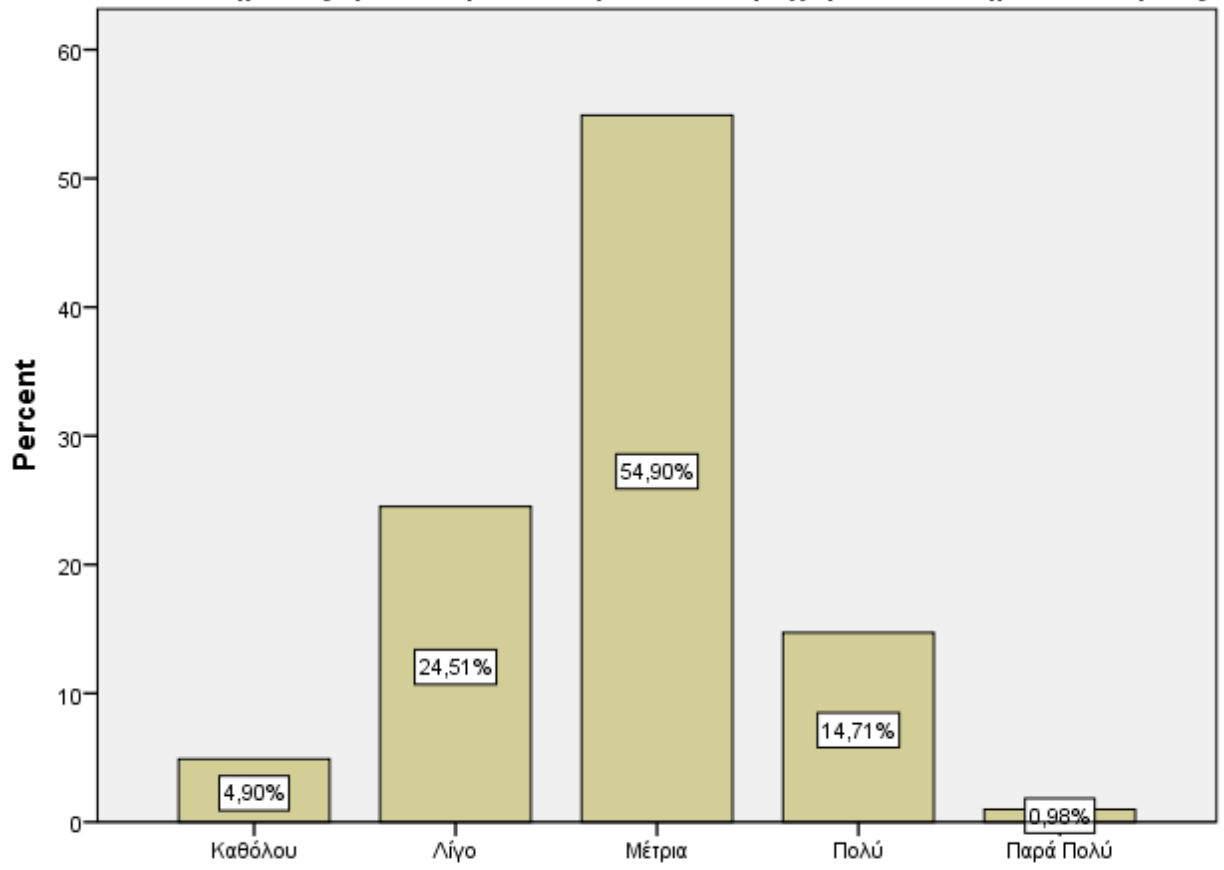
Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών



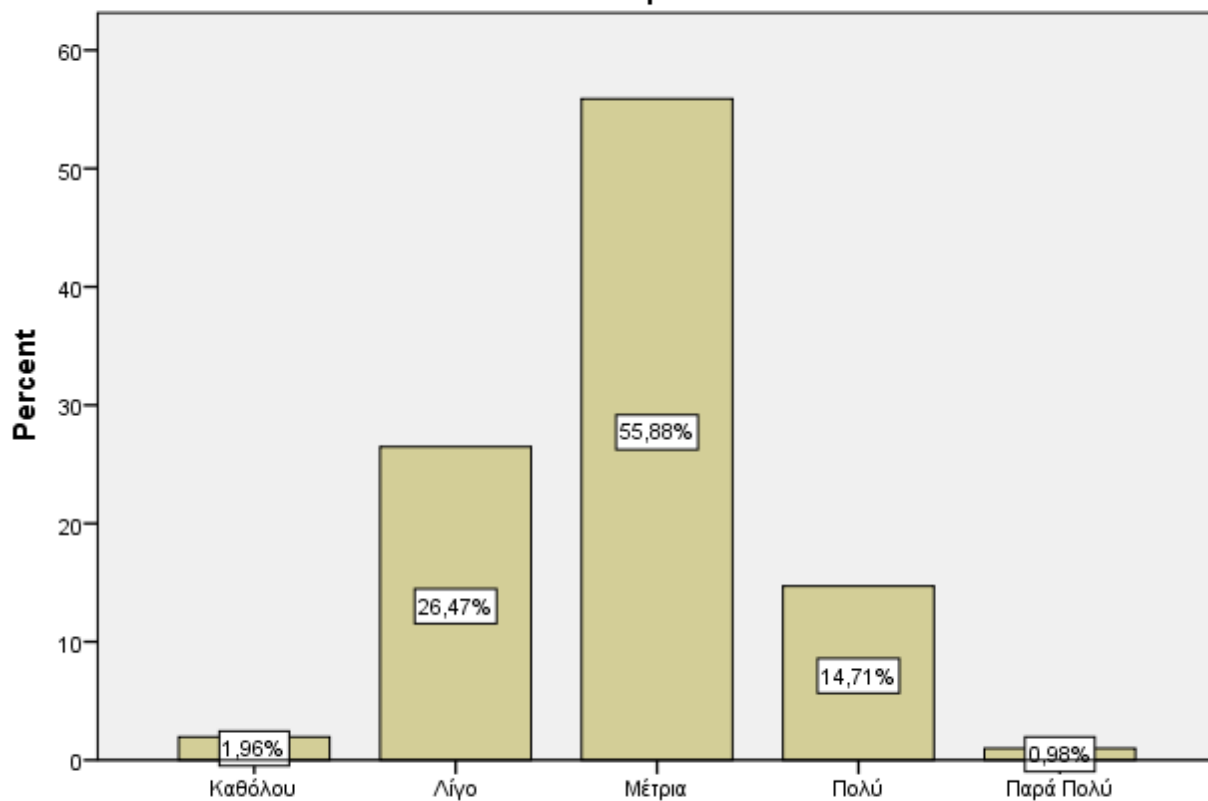
Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών



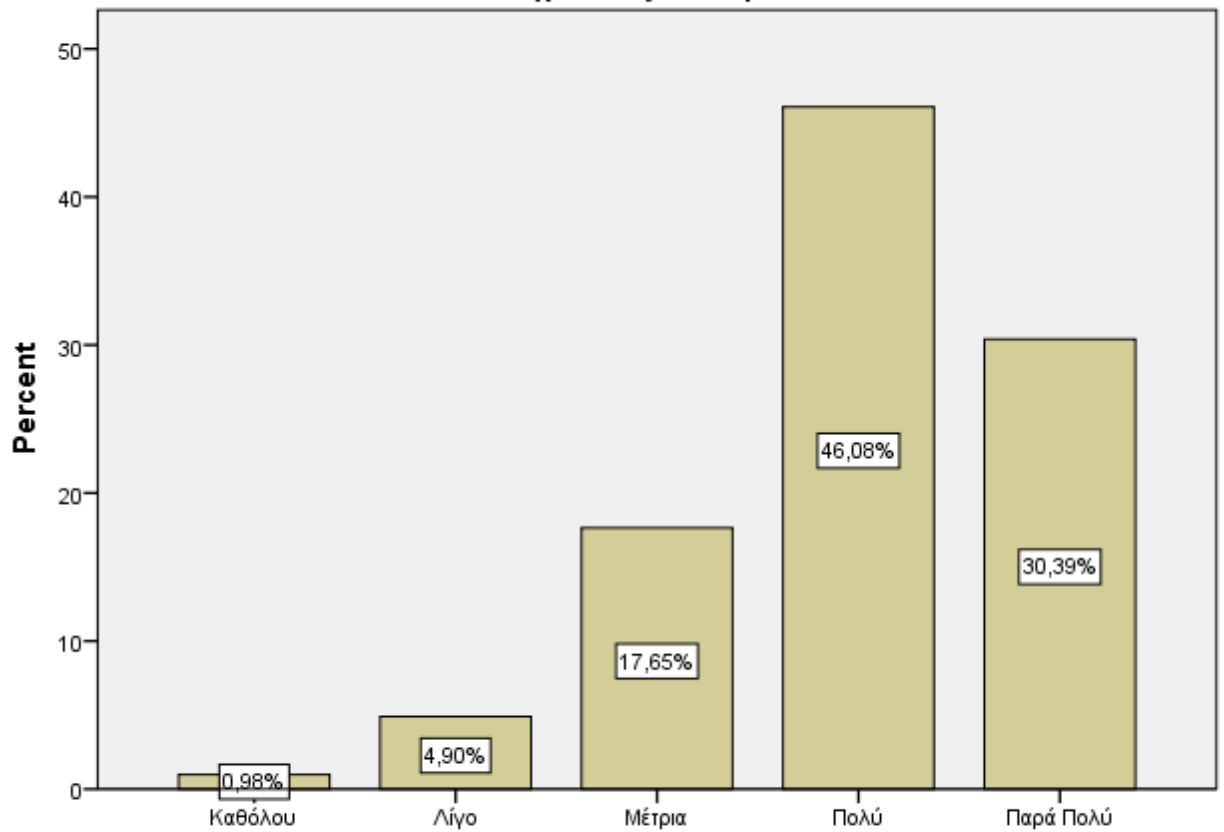
Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας



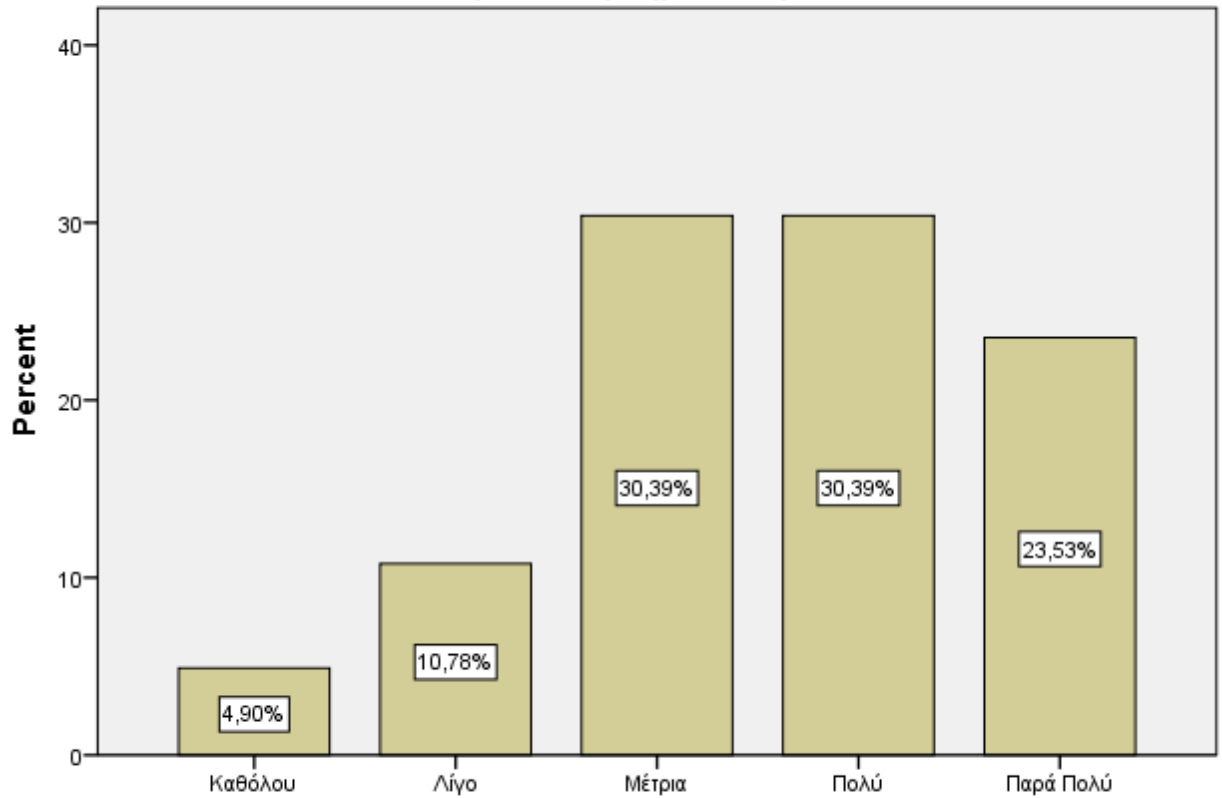
Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά



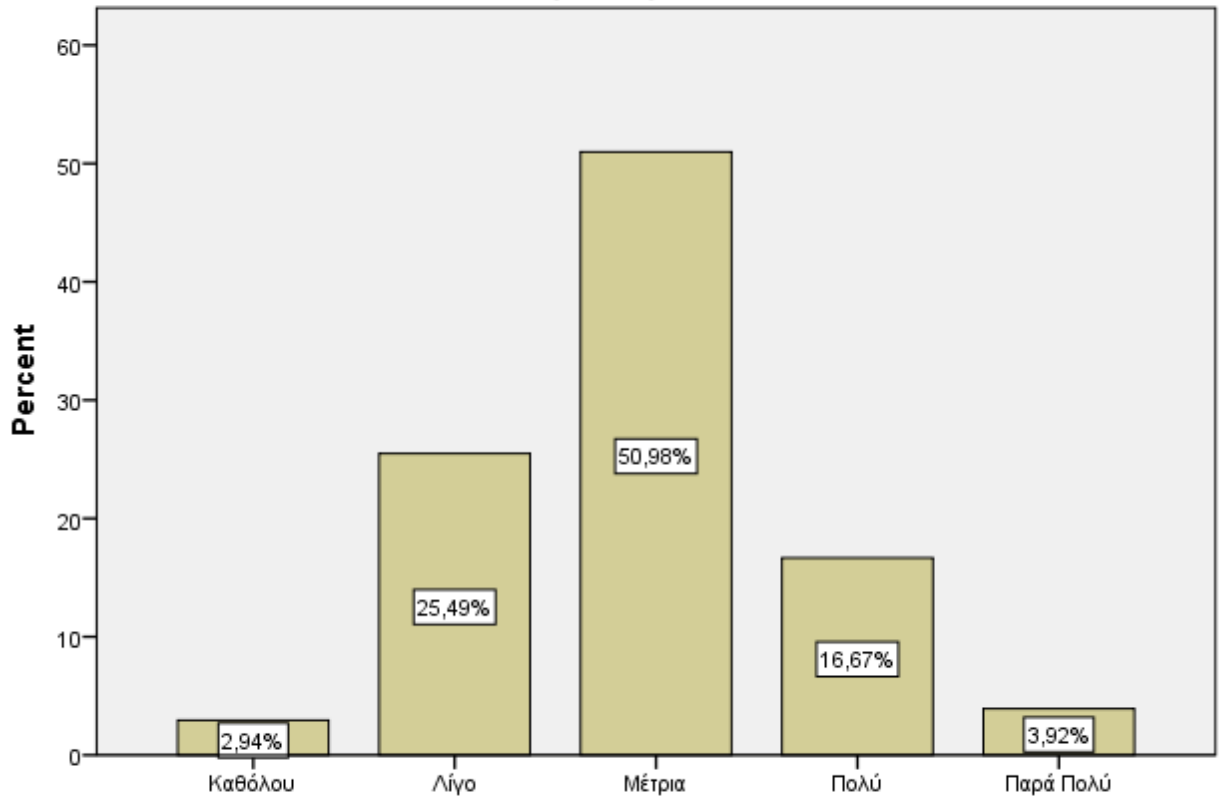
Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό



Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία



Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)



Πιστεύετε πως το προσωπικό είναι επαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας

