



Софийски университет „Св. Климент Охридски“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“

Емануил Бемпекидис

ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ, НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА В
ГЪРЦИЯ ПО ВРЕМЕ НА ИКОНОМИЧЕСКАТА КРИЗА И
УДОВЛЕТВОРЕНИЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ОТ ПРЕДОСТАВЕНИТЕ
УСЛУГИ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

Предаден за придобиване на научна степен „доктор“ (PhD)
Код 3.3 "Политически науки",
докторантска програма в катедра „Публична администрация“

научен ръководител: Доц. д-р Албена Танева

рецензенти: Доц. д-р Татяна Томова

Проф. д-р Ангелина Марковска

София, 2021

Дисертацията беше обсъдена и предложена за защита по Закона за развитието на академичния състав в Република България от катедра „Публична администрация“ към Софийски университет „Св. Климент Охридски“, София. Авторът е докторант в редовна форма на обучение в докторантската програма на катедра „Публична администрация“ към Софийски университет „Св. Климент Охридски“.

Дисертацията се състои от 211 стандартни страници (задно с таблиците в третата глава и библиография). Структурно тя се състои от увод, изложение в три глави и заключения. Използваната литература е от общо 236 източника. В подкрепа на анализа са дадени таблици и фигури.

Вътрешната защита на дисертацията се проведе на 09.02.2021 в 09:00 по Microsoft Teams поради ограниченията, свързани с COVID-19. Членовете на комисията на катедра „Публична администрация“ към Софийски университет „Св. Климент Охридски“ и авторът участваха във вътрешната защита на дисертацията.

Материалите по защитата са достъпни за интересувашите се в катедра „Докторантски изследвания и академично развитие“ към Софийски университет „Св. Климент Охридски“, София.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

Увод.....	4
Централен случай.....	Error! Bookmark not defined.
Предмет на изследването	Error! Bookmark not defined.
Обект на наблюдение.....	Error! Bookmark not defined.
Причини довели до изследването на тази тема	Error! Bookmark not defined.
Методи на анализ	Error! Bookmark not defined.
Цели на дисертацията	Error! Bookmark not defined.
Ограничения на дисертацията	Error! Bookmark not defined.
Глава 1. Подстъп към разбирането на модели на здравни системи - литературен обзор	Error! Bookmark not defined.
1.1 Политика на здравеопазване – управление на здравния сектор	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
1.2. Дефиниции на системата на здравеопазване. Обществена здравна политика и нов публичен мениджмънт на здравния сектор	Error! Bookmark not defined.
1.3. Социална справедливост и здравеопазване. Теория на справедливостта на Джон Ролс	Error! Bookmark not defined.
1.4. Неравенство и принципи на управление на здравната система (УЗС). Политически мрежи и заинтересовани страни в здравеопазването.	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
1.5. Модели на здравна система.	Error! Bookmark not defined.
1.6. Здравната система в Гърция.	Error! Bookmark not defined.
1.7. Ролята на икономическата криза и нейното влияние върху гръцкото здравеопазване.	Error! Bookmark not defined.
1.8. Детерминанти и индикатори на здравноосигурителната система.....	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
1.8.1 Системи на управление на качеството	Error! Bookmark not defined.
1.8.2 Удовлетвореност	Error! Bookmark not defined.
Глава 2. Управление, качество и удовлетвореност от страната на гражданите	Error! Bookmark not defined.
Error! Bookmark not defined.	
2.1 Организационна справедливост и гражданско удовлетворение	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	

2.2 Ползи от качеството за пациенти, здравни професионалисти и осигурителни фондове.....	Error! Bookmark not defined.
2.3 Задоволяване на нуждите на пациента	Error! Bookmark not defined.
2.4 Взаимоотношението между качеството в здравните услуги и удовлетвореността на пациента.....	Error! Bookmark not defined.
2.5 Емпирично проучване	Error! Bookmark not defined.
Глава 3. Преглед на научните изследвания.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Оценяване удовлетворението на пациента от здравните центрове.....	Error! Bookmark not defined.
3.2 Сравнителен анализ на здравната система в десет развиващи се страни ...	Error! Bookmark not defined.
3.3 Удовлетворението на пациента от болничната грижа в Гърция.....	Error! Bookmark not defined.
3.4 Резултати от проучване на общественото мнение в по-широката област на Атина	Error! Bookmark not defined.
3.5 Измерване на удовлетворението от предлаганите здравни услуги в болниците в Атика.....	Error! Bookmark not defined.
3.6 Удовлетвореност на пациентите от услугите на обществените центрове за психично здраве.....	Error! Bookmark not defined.
3.6.1 Измерения на здравните услуги и тяхното оценяване от пациентите ...	Error! Bookmark not defined.
3.6.2 Причини за измерване удовлетворението на пациента	Error! Bookmark not defined.
3.6.3 Първичното здравеопазване в Гърция.....	Error! Bookmark not defined.
3.6.3.1 Концептуални разяснения и историческа еволюция на организациите на системата за първично здравеопазване в Гърция	Error! Bookmark not defined.
3.6.3.2 Институционалната рамка за работата и организацията на услугите.....	126
3.6.3.3 Удовлетворение на пациентите в Гърция	Error! Bookmark not defined.
3.7 Изследователски хипотези	Error! Bookmark not defined.
3.8 Цел на излседването	Error! Bookmark not defined.
3.9 Методология	Error! Bookmark not defined.
3.9.1 Извадка	Error! Bookmark not defined.

3.9.2 Въпросник	Error! Bookmark not defined.
3.9.3 Процес на събиране на данни	Error! Bookmark not defined.
3.9.4 Статистически инструменти.....	Error! Bookmark not defined.
3.10 Резултати.....	Error!
Bookmark not defined.	
Заклучения.....	Error!
Bookmark not defined.	
Библиография.....	Error!
Bookmark not defined.	

I. Резюме

Една от най-важните и взискателни области на работа на всяка съвременна и социално осъзната държавна структура е здравният сектор, който в международен план се изправя пред три предизвикателства: а) изискването на световната общественост (общество, организации) да се осигури еднаква здравна грижа за всички граждани; б) вечно растящите разходи за отпускане на здравноосигурителни услуги; с) нуждата от въвеждане и прилагане на нови технологии въз основа на тяхната ефикасност и ефективност на разходите (Souliotis et al., 2016).

В последно време значително се е увеличил броят на изследванията, засягащи ефектите на икономическата криза върху здравната система и в частност върху здравето на гръцките граждани. В същото време се усилват гласовете на политици и учени, които вярват, че източникът на всички лоши текстове в областта на здравеопазването е гласуването и прилагането на меморандумните закони. Въпреки това всеки би могъл да се съгласи, че гръцката здравна система е имала значителни фискални и структурни проблеми много преди икономическата криза и налагането на меморандуми, което стана още по-очевидно в днешния период на пандемията от коронавирус COVID-19 (Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020).

Предмет на изследването

Обектът на наблюдение е гръцката система на здравеопазване и конкретно гръцките болници с цел идентифициране на проблемите, с които се сблъскват, дали удовлетворяват пациентите и какво може и следва да се промени в общ план така, че всички гръцки граждани да се радват на равни права в здравеопазването. Предметът на моето изследване е ограничен до управлението на здравната система в Гърция, като елемент от прилаганите от правителството политиките по отношение на удовлетвореността на гръцките граждани от предоставяните услуги.

Главната цел на тази дисертация е да се измери задоволството на пациента от гръцките болници въз основа на литературен обзор, вторичен анализ на база данни и емпирично проучване на условията в определено болнично заведение. Конкретните цели са изучаването на проблемите, с които днес се сблъскват болниците и начинът, по който пациентите са лекувани както по отношение на чакането, така и на материалното и хуманното.

Причини довели до изследването на тази тема

Съвременните общества, включително и гръцкото, се характеризират от широко разпространени социални и икономически неравенства. Социалните фактори, които причиняват тези разширяващи се неравенства въздействат също върху здравния сектор, довеждайки до значителни здравни неравенства както на обществено, така и на индивидуално ниво. Повечето изследвания се фокусират върху интерпретацията на тези неравенства въз основа на социално-икономически фактори, които повлияват на здравния статус и на доставянето и изискването на грижа.

В същото време в настоящия контекст е отделено специално внимание на последствията на икономическата криза, която неизбежно задълбочава неравенствата в здравеопазването и грижата най-вече в засегнатите от рецесията групи като безработните и хората с ниски доходи като цяло. В случая на този възглед представеното проучване се опитва да изследва дали гръцките пациенти, според личния си опит, са доволни от гръцката здравна система.

Методи на анализ

Представеният дисертационен труд се състои от теоретична и емпирична част на изследване. За да се проведе теоретичната част, беше извършен библиографски преглед на статии, проучвания и книги по темата. Теоретичният анализ е постигнат в рамките на

теорията на публичната администрация и особено на теорията на лидерството. В този контекст беше преразгледана литературата за здравните системи.

Чрез критичен поглед върху съществуващата литература предметът достигна до главната **хипотеза** на дисертацията, а именно, че ефективното ръководство и справедливостта на организациите повишава удовлетвореността и са ключов показател за качеството на здравноосигурителната система като комплексна мярка както за медицинските резултати, така и за човешкото измерение за грижа, обща заболяемост и продължително подобряване на средата.

Ограничения на дисертацията

Ограниченията на тази дисертация са, че тя не изяснява важните проблеми на съвременните здравни системи, а по-скоро специфични въпроси: проблемите, с които днес се сблъскват болниците и начинът, по който те предоставят своите услуги на пациентите по отношение както на чакането, така и на липсата на материални и човешки ресурси.

По-конкретно уводната част включва главна хипотеза, обектът на изследване и наблюдение, използваната методология, както и ограниченията на проучването. Първата глава се фокусира върху моделите на здравеопазване. Втората глава се фокусира върху организационната справедливост, а третата глава представя изследователските проучвания, които бяха разработени по темата. Заключението обобщава резултатите на изследването и основните изводи на труда.

II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

ГЛАВА 1

ПОДСТЪП КЪМ РАЗБИРАНЕТО НА МОДЕЛИ НА ЗДРАВНИ СИСТЕМИ.

В тази глава са анализирани различията сред моделите на системи на здравеопазване – либералната, обществената и смесената здравна система. Всяка от тях има еднакво предназначение, което е да се осигури и подобри здравето на населеното на една страна. По тази тема също са анализирани социалната справедливост и теорията на

Джон Ролс, където теорията на Ролс се занимава с начина, по който едно общество от неравенства би могло да приеме по-справедливи форми докато същевременно запазва свободата си.

Важна отправна точка е представянето на категориите на анализ, разбрани като (следвайки Еркутлу (Erkutlu, 2011)):

Разпределителна справедливост: в тази форма участниците разпознават само как организацията разпределя резултатите. Въз основа на конкретната форма тези, които чувстват несправедливост показват високи нива на стрес и по-ниска продуктивност. Това е свързано с проблема на „справедливото заплащане“.

Процедурна справедливост: тази форма разпознава как се предоставя безпристрастна справедливост. В тази конкретна форма фокусът е върху това кой е въввлечен в разпределителния процес и следователно дава възможността на всеки да поправи процедурни грешки.

Междупersonностна справедливост: тази форма се съсредоточава върху това колко справедливи са другите.

Информационна справедливост: информационната справедливост изследва колко коректна е информацията за взимане на дадено решение. Организационната справедливост се основава на входящите и изходящите данни на служителите. Входящите данни са старание, умения, опит, а изходящите са ставката, признанието, поощряването (Jones & Ryan, 1998).

Идеята на организационната справедливост идва от теорията на справедливостта (Adams, 1963, 1965), която предполага, че преценките за равенство и неравенство идват от сравненията между себе си и другите въз основа на входящи и изходящи данни. Входящите данни се отнасят до това какво възприема един човек (напр. знание и усилие), докато резултатите са това, което един човек възприема, че произлиза от дадено обменно отношение (напр. заплащане и признание). Критериите, по които тези входящи и изходящи данни се оценяват могат да бъдат вътрешни (по-старо „аз“) или външни (другите хора) (Greenberg & Colquitt, 2013).

- Възприятия на служителите на организационна справедливост
- Изпълнение на служител и организационна справедливост
- Поведение на лидерство и организационна справедливост

- Поведение на лидерство – организационна справедливост и поведение при работа

Друг централен въпрос в анализа е представянето и сравняването на моделите на здравни системи в светлината на обществената политика на здравеопазването и на новото обществено управление на здравния сектор.

Една здравна система е начинът, по който използваните в здравния сектор ресурси са организирани да посрещат и подобряват здравето на населението. Системата на здравеопазване е организирана на различни нива, започвайки от първичното ниво на грижа и преминавайки през средното ниво до централното ниво (локално-провинциално-регионално). Здравните системи се разделят на либерални, смесени и национални. Либералните здравни системи подкрепят организационната рамка на обезпечаването на здравни грижи в ценовата система, оформяща пазара на здравни услуги (такава система се използва в САЩ). Смесените системи на здравеопазване се основава на фондовете за социална сигурност и болести (повечето европейски страни използват такава здравна система). В националната здравна система държавата има директен контрол върху продукцията и дистрибуцията на здравни услуги и свободен достъп и безплатна употреба на тези услуги (Mills, 2014).

Според Фелпс (Phelps, 2016: p21) здравната система се определя като „всичките компоненти-подсистеми, които са в постоянно взаимодействие и взаимозависимост едни с други, както и със средата (на системата), за да постигнат предназначението на своето съществуване, което е опазването и подобряването на здравето на населението“. Друга дефиниция за здравната система, дадена от гореспоменатия автор, е „мрежата от правителствени интервенции, която регулира начина, по който се предоставят услугите, взаимоотношението между доставчиците на здравни грижи, доктори и болници. Тези различни договорености определят метода на защита, от който зависят ефективността на здравеопазването и правилното функциониране на здравните услуги“ (Phelps, 2016: p21).

Здравната система се състои от три подсистеми, които взаимодействат една с друга и са взаимозависими. Тези три подсистеми са (Sloan & Hsieh, 2017):

1. Здравният статус на населението и неговата еволюция
2. Производството на здравни услуги
3. Производството на покритие на разходите

Предназначението на една система на здравеопазване е да осигури и подобри здравето на населението. Здравната система е основна институция на държавата и има крайната цел да подsigури и усъвършенства нивото на просперитет и равенство на живот на населението. Целите трябва да бъдат идентифицирани с ясни критерии и поради тази причина показателите на здравето (за оценяване на здравния статус) и на снабдяването (за произвеждането и разпространението на здравни услуги) следва да бъдат използвани за тяхното измерване (Bowling, 2014). Текстът дискутира някои главни характеристики на системата на здравеопазване въз основа на работата на Гарсия-Морено (García-Moreno et al., 2015) и Луис (Louis et al., 2016):

1. Наличност на здравните услуги: системата предлага услугите си на населението 24 часа на ден без ограничения във времето.
2. Достъпност на здравните услуги: всеки човек независимо от социалноикономическия си статус има правото да използва здравните услуги.
3. Непрекъснатост на предлаганите услуги: системата предлага услугите си не само в етапа на лечение, но също преди и след началото на болестта.
4. Равенство в употребата на услугите: равенството има две концептуални дефиниции. Първата засяга равноправно лечение (хоризонтално равенство), а втората – неравенството в лечение на неравностойни хора (вертикално равенство).
5. Организационният фокус на системата: всяка здравна система отдава значимост на развитието на определен вид здравна услуга да действа като координационна точка, около която се усъвършенства здравната система. Някои системи се съсредоточават върху вторичното здравно обслужване (система, основана на болници) и следователно се концентрират върху лечението на болести, докато други се фокусират върху първичното здравеопазване и наблягат на превенцията и след лечебната рехабилитация.

Според икономиката главните производствени фактори са земята, работната ръка и капиталът. Тяхното активно действие е в резултат на насочването на действията на два допълнителни фактора – технология и мениджмънт. Въз основа на тези два фактора 90-те години в Гърция се характеризират от особено интензивна мобилност в държавната реформа. Тази ситуация, позната още като новия

обществен мениджмънт, беше наречена „административна реформа“, която – както споменахме – беше вече започнала в началото на 80-те в западноевропейските държави (Karkatsoulis, 2004, p. 22). Новият обществен мениджмънт може да се определи като комплект от политики на съответните правителства между държавното, пазарното и цивилното общество, които целят да модернизират публичната администрация, за да може да отговори на продължаващите глобални и местни икономики и социални и политически развития. Неговите основни принципи са качество, ефикасност, ефективност и икономия и се считат, че допълват принципите на законност и равни възможности (Karkatsoulis, 2004, pp. 41-42).

Важна методологическа помощ за ефективността на здравната програма за реформа на новия обществен мениджмънт е установяването на действия и програми с крайната цел въвеждането на регулация, подобрието на първичното здравеопазване, по-добрата координация на здравните облаги и ефективната администрация. Желаният резултат може да се постигне след прецизното идентифициране на проблема, нуждаещ се от отговор, и избора на решение с най-ниските разходи за изпълнение в икономиката и на пазара (Kostagiolas, Kaitelidou & Natzoroulou, 2008, pp.71, 72). Освен това е необходимо да се търси максимална прозрачност по време на изпълнението на действието, както и да се повиши събирането на човешки ресурси на всички нива на здравноосигурителния сектор по отношение както на взиманите решения, така и на тяхното обработване и приложение (Karkatsoulis, 2004, p. 137).

Според Каркацулис (Karkatsoulis, 2004) за действия, които на теоретично ниво изграждат основите на новия обществен мениджмънт се счита следното: реформата на структурите с цел подобряването на предлаганите услуги на гражданите; измерването на резултатите и изпълнението на екипите и отделните хора въз основа на изпълнителски индикатори; контролът върху изразходването на публични средства, основано на ефикасност и ефективност; оползотворяването на човешки ресурси въз основа на знания; утилизацията и употребата на съвременни и информационни технологии в прилагането на електронно правителство (*e-government*); управлението на резултатите чрез показатели и цели; прозрачността като главен инструмент за взимане на решения. Горепосочените действия на новия обществен мениджмънт се следват от всички страни-членки на Европейския съюз и в общи линии от всички развити държави в света посредством реформи на

административните програми. Степента на зрялост и успех на тези програми варира между различните страни, но важното е, че програмите за административни реформи по света съдържат няколко от гореизброените действия (Karkatsoulis, 2004, p. 45).

Анализът на такава област като здравното осигуряване и неговите сегменти, като удовлетворението на пациенти от болничните грижи, предполага разбирането на тези проблеми в духа на теорията на справедливостта на Джон Ролс. В своята книга „Теория на справедливостта“ Ролс защитава едно свободно, справедливо и политически жизнеспособно общество. Той се занимава с начина, по който едно общество от неравенства би могло да приеме по-справедливи форми, докато запазва своята свобода. Ролс твърди, че създаването на такова общество зависи от индивидуалната воля при условие, че се превишат физическите и социалните предиспозиции, които присъщо влияят на всеки човек. Според принципите на либерализма човекът има „правото“ както и средствата за съвършената „нова държава“ (Wolthuis, 2017). Има се предвид неговият известен експеримент, чрез който той води читателя до едно справедливо общество. Той нарича този експеримент „първоначална позиция“. Става дума за състояние на нещата, при което членовете му са еднакво представени като етични лица, без да бъдат засегнати от случайни обстоятелства и фактори. Той предизвиква всеки да си представи едно общество точно по начина, по който го иска, но без да знае каква позиция ще заема в него човек. Участникът в експеримента е помолен да вземе решение за бъдещото на цялото общество въз основа на разнообразие от рискове (Miele, 2017). Казано накратко същността на разсъжденията е, че ако човек създаде свят на тотално неравенство и несправедливост, където някои са в неравностойно положение спрямо други, това би довело до риска да се озове в по-долните слоеве, изпитвайки несправедливостта, която сам е „построил“.

В теорията на справедливостта Ролс се занимава с идеята за справедливост като честност в едно либерално общество. Чувствителността на въпросите, отнасящи се до здравеопазването и удовлетворението на гражданите от полученото здравно обслужване в болниците предполага, че те ще бъдат поставени в рамката на тази теория на справедливостта. Принципите на справедливост се разглеждат като предмет на първично съгласие в изначална ситуация. За тази цел той конструира премислен експеримент. Той подбира част от рационалните хора, които са взаимосвързани по различни начини и всеки от тях се задвижва от собствените си цели, и търси принципите

на справедливост. Поведението на тези хора се определя от изборите и интересите им. Крайният резултат, който ще се появи бе усилие сред тях, ще доведе до състояние на еквилибриум, първоначална позиция, където всяко „склучено“ споразумение ще бъде характеризирани като справедливо (Soh, 2017).

Ето защо принципите, които управляват всяко споразумение трябва да бъдат справедливи. Ролс формира хипотеза, в която въвличените в начинанието хора биха били зад булото на невежеството. Когато издават закон те не биха знаели, дали са управляващи или управлявани. Също така те не биха знаели как техните преценки и избори биха им повлияли персонално, но биха ги оценили по общ критерий, т.е. биха се опитали да направят оценяване на това дали тези решения ще допринесат за цялото. Никой от участниците не би могъл да бъде наясно с позицията, която би приел в обществото. Нито със социално-политическите и икономическите условия, които биха надделели, нито с нещо друго, което би могло да му въздейства като например пол, цвят на кожата, религия, етническа принадлежност (Gališanka, 2019).

Освен това логиката на анализ води до въпроса за неравнопоставеността и принципите на управление на здравната система (УЗС), разгледан в контекста на политически мрежи и заинтересовани страни в здравеопазването. Поради фрагментирането на здравното осигуряване, съществуват много неравенства по отношение на достъп и обременено финансиране на здравните услуги. Нещо повече, поради съвместното съществуване на многобройни здрави услуги като Националната здравноосигурителна система, застрахователни институции, местни управления с различни организационни и административни структури, се представят некоординирани услуги.

В допълнение неправилното разпределение на човешки ресурси на всички нива на здравеопазването е създадо здравна система, центрирана около болниците (Kane et al., 2014). Друг проблем е отсъствието на семейни лекари, което е създадо безконтролен достъп на гражданите до здравната система за хоспитализиране без ограничения. Освен това погрешното разпределение на здравни професионалисти и принципната липса на планиране са довели до свръхпредлагането на лекари, до липсата на определени специалности, както и до недостиг на сестрински персонал. Въпреки това в допълнение към недостига на здравен персонал има и проблем с административните ръководители и мениджъри, които не са обучени адекватно, което възпрепятства модернизацията на администрацията и подобряването на ефикасността и ефективността на звената на здравноосигурителната система. В

последствие фактът, че уменията на някои значими работници не се признават, тъй като липсват финансови и научни поощрения, причинява негативно влияние на ниво удовлетворение на човешките ресурси (Ericson, 2015). В допълнение има качествен дефицит на здравната система, тъй като липсват: система на сертификация на процедури и функции, институции за подsigуряване на качеството, механизми за приложение на клинични протоколи, клинични контролни програми, система за анализ на параметри на гражданската удовлетвореност, контролиращи и противодействащи механизми за неетично поведение и накрая липсата на обучителни програми за здравните професионалисти по отношение на правата на пациента и уважението към гражданите.

Накрая разходите на частния сектор за здравеопазване се концентрират като важен въпрос. На пръв поглед изглежда, че те достигат 47% от общия разход и са два пъти над средната стойност на европейските страни (Hunter et al., 2017). Тази солидна сума е в състояние да представи проблемите, които изпитват гражданите като напр. неравенството в доставката на и достъпа до здравеопазване, липсата на медицински персонал, ограничената достъпност на здравни услуги и много други, споменати по-горе. Напълно разбираемо е, че поради урбанизацията на своите граждани, здравните професионалисти и геоморфологията в страната здравната система се сблъсква с различни организационни и операционни проблеми (Meeks et al., 2014).

Анализът на моделите на здравната система се разглежда в трите им форми, следвайки концепцията на Вагнер, Лий и Глейзър (Wager, Lee & Glaser, 2017).

Либералната здравна система

Либералната система на здравеопазване се основава на пълната свобода на лекари и пациенти и работи с пазарни механизми и с минимална държавна намеса. Тя се ръководи от здравното осигуряване на частния сектор и здравното осигуряване спада към личния и свободен избор, тъй като всеки може да прецени дали да се осигурява или не. Всеки човек избира дали да бъде индивидуално осигуряван от частни застрахователни компании, като избира пакета от осигурителни услуги, които смята, че ще го удовлетворят най-добре и които може да си позволи или да бъде осигуряван чрез работодателя си, който плаща пълния размер на вноската. От тези, които избират да останат неосигурени (бедност,

безработица, и т.н.) се изисква да заплащат разходите от собствените си приходи всеки път, в който използват здравните услуги (Reich & Shibuya, 2015).

Обществената здравна система

Обществената система на здравеопазване се счита за противоположността на частната и се основава на социална солидарност чрез равно покриване на нуждите на населението независимо от пол, възраст, професия и социалноикономически статус и се постига чрез повишаване на държавната интервенция. В публичната система държавата осигурява минимално ниво на здравна грижа за всички граждани с интензивна намеса. Производствените фактори могат да се притежават от държавата, осигурителни фондове или частни лица (Shi, 2016).

Обществените системи се подразделят на такива, които се финансират от социалната осигуровка (модел на Бисмарк) или на такива, които се финансират от държавния бюджет (модел на Бевъридж). Всъщност никоя от тях не се основава само на един източник. Може да се каже, че има обществени схеми на финансиране предимно от социалната осигуровка или предимно от държавния бюджет (Jiang, 2018).

В първия случай социалната осигурителна система се представя от различни осигурителни фондове, които финансират програмата чрез вноските на работодатели и служители и играе важна роля в нея. Затова основната част от разходите за здравеопазване идват от осигурителни фондове. Този модел набляга върху правото на всеки човек да избира начините да посрещне здравните си потребности чрез социална осигуровка, заплащайки необходимата сума (вноските).

Във втория случай системата се финансира от държавния механизъм (данъчно облагане) или с местни данъци и производствените фактори принадлежат на държавата. Този модел се базира на принципа, че здравето е по-скоро обществена стока отколкото индивидуално право и затова държавата е задължена да предостави необходимите здравни услуги (Mandl, Mandel & Kohane, 2015).

Смесената здравна система

Смесената система е комбинация между частната и обществената система. Тя се основава главно на социално осигуряване, служейки на принципи на социалната справедливост чрез колективно осигуряване на населението, финансирано от вноски изчислени съгласно финансовия капацитет на всеки

отделен човек. Вмешателството на държавата е решаващо, защото в допълнение към ролята на главен проектант тя допълва финансово пропуските в социалното осигуряване, уверявайки се, че гражданите ѝ имат достъп до минимален брой здравни услуги. В тази система факторите на производство, методите на плащане, продукцията и дистрибуцията на услугите принадлежи на различни собственици (Green & Clarke, 2016).

Представените по този начин аналитични категории са основата, върху която се прави анализ на особеностите на **гръцката здравна система**. Тя предоставя здравна грижа чрез три нива: първични, вторични и третични нива на здравно осигуряване. Първичното ниво на здравеопазване се съсредоточава главно върху предотвратяването на заболявания, докато вторичното и третичното се фокусират най-вече върху лечението на заболяванията (Knaul et al., 2015).

Болницата е медицинска и социална институция, целяща се в здравната рехабилитация чрез услуги на медицински и сестрински грижи за пациентите, за да опази и подобри здравето чрез практиката на превантивната медицина и да усъвършенства науката на медицината чрез изследвания и обучение на здравни професионалисти.

Болниците се разграничават според вида и географския район на университетски, регионални, префектурни и местни в зависимост от специфичните и общите инцидентите, които третират; според тяхната организация и правната форма на юридическите лица от публичното и частното право и според размера на големи (над 300 легла) и малки (30-300 легла). Болниците са устроени и работят според тяхната организация. Изготвянето и модификацията на организацията се основава на действащото законодателство по съвместно решение на правителствените министри на финансите, здравеопазването и благосъстоянието, следвайки мнението на борда на директорите на болниците и споразумението на PESY (*The PESY's agreement*), в чийто район е седалището на болницата. Болничната организация се отнася до своята правна форма, името и седалището си, общия брой легла и техното разпределение в сектора, звената и отделенията на медицинско обслужване, структурата на сестринските услуги, административното и техническо обслужване и неговите отговорности, болничния персонал, длъжностите според сектора и длъжностната класификация (Kaitelidou et al., 2016).

Главният източник на финансиране за гръцките обществени болници е годишната субсидия от държавния бюджет и от публичния инвестиционен бюджет.

Гръцкият статистически орган (ELSTAT) публикува статистика за 2018 г. за финансирането на разходите за здравеопазване на национално ниво въз основа на наричаника на системата за отчет на здравеопазването (SLY 2011) на организацията за икономическо сътрудничество и развитие (OECD). Цялостното финансиране на настоящите разходи за здравеопазване от гледна точка на брутния вътрешен продукт (БВП) в Гърция за 2018 г. се равнява на 7.72% от БВП в сравнение със 7.97% през 2017 г. Дисертацията представя детайлизирана база данни за процента на общото финансиране на разходите на БВП според европейската система за счетоводство 2010 (ESA 2010) от 2014 до 2018.

Икономическата ситуация се характеризира от огромна и продължителна рецесия, високи нива на безработица и съществени промени в работните отношения, ситуация, която прави осигурителните вноски към ЕОРУУ рисковани и несигурни. Анализът доведе до заключението, че необходимостта от корекция е наложителна. За да се постигне това, подходящ избор може да бъде търсенето на схема, която съчетава броя на служителите на дадена компания с произвежданата от нея добавена стойност. В допълнение болшинството от служители в страната работят в малки и дребни предприятия въз основа на достъпните на работния пазар данни. В по-голямата си част тези компании са трудоемки и носят диспропорционалното бреме на рецесията и осигурителното финансиране във връзка с техния оборот. Взимайки предвид казаното до тук, нуждата от настройване на моделите за изчисляване на осигурителните вноски е наложителна. За тази цел на съответния научен диалог са подложени две алтернативни форми на премия за заетост чрез намаляване на осигурителните вноски. Един подход предлага това да се направи чрез комбинирането на броя на служителите на дадена компания с добавената стойност, която тя произвежда и върху която да се изчисли относителното намаляване на осигурителната вноска на работодателите. Това взаимоотношение (на глава на населението и базирано на добавената стойност) може да възникне след изучаването на техническите данни и на съответните цифри и разбира се след преговори. Във втория подход, който изтъква риска от създаването на нископлатени работни места, ако броят на служителите е използван само като индикатор на редуцирането на осигурителните вноски, се предлага да се формулира система за вноски въз основа на процента от заплатата върху оборота на дадена компания (Souliotis, 2019).

Според този модел са „субсидирани“ както създаването на работни места, така и повишаването на заплащането на служителите независимо от размера на компанията. В заключение размерът на осигурителните вноски за всяка компания може да се определи обратно пропорционално и/или разходът по заплащането спрямо нейния оборот с цел да се стимулира заетостта и право пропорционално на добавената стойност на произвежданите стоки и услуги, за да се стабилизира наемането на работна ръка и да се подсигури плащането на вноските. Не се очаква тази мярка да има повишаващ ефект върху осигурителните вноски като цяло (доколкото остават рецесията и безработицата), но може да спре по-нататъшно неблагоприятно развитие за малкия бизнес и да осигури стабилност на вноските. Тази констатация се подсилва от факта, че много малки предприятия са изложени на риск от затваряне. Според данните на общия търговски регистър броят на създадените дружества отдавна е по-малък от съответния брой прекратени компании.

Други източници на финансиране са приходите от услуги, предоставяни на осигурени лица в застрахователните компании, сключени с болници след одобрение от министъра на здравеопазването и социалните грижи. Освен това има и доходите от осигурителни фондове за тестове на техните осигурени лица в редовните амбулаторни клиники, както и доходите от предоставените услуги на следболнична помощ и от рехабилитационни и възстановителни заведения (Cheng, 2015).

Според Митропулос, Талиас и Митропулос (Mitropoulos, Talias & Mitropoulo, 2015) капацитетът на леглата във всяка клинична област се определя в отношение с общия капацитет на болницата. В общите болници патологичното отделение може да има до 45% от общия капацитет на леглото, хирургичното отделение до 55%, а психиатричната секция до 10% от общия капацитет на болничното легло.

В специализираните болници 65% - 90% от общия капацитет принадлежи на отделението с основна специализация, а останалите отделения споделят останалите 10% на база дела на общите болнични отделения.

Един от ключовите моменти в дисертацията е ролята на икономическата криза и нейното въздействие върху гръцкото здравеопазване. Източниците на финансиране на здравната система се разделят главно на публични и частни. Обществените източници включват данъчно облагане, където преките и косвените данъци се прилагат конкретно на местно, регионално и национално ниво. Прякото данъчно облагане включва данък върху доходите на физически лица, корпоративен

данък върху доходите и данък върху недвижими имоти. Непрякото данъчно облагане се прилага за транзакции и стоки и се разграничава от общото, което покрива бюджетните нужди като цяло като например данък върху добавената стойност (ДДС) и специални данъци, предназначени за специфични цели, които се прилагат за конкретни стоки като алкохол или данък върху тютюна. В допълнение друг публичен източник на финансиране за здравната система е социалното осигуряване, което по отношение на частния сектор има голямо покритие на застрахователния риск, тъй като неговата застрахователна база не е ограничена до застрахованите в предприятие, а включва големи групи от населението (Atun et al., 2015).

Специално внимание е отделено на детерминантите и показателите на здравната система. Анализът разглежда системите за управление на цялостното качество като съвременен модел на управление, който поставя фокуса върху интереса на организациите към качеството. Заключение е, че това е най-силната мотивация за предпочитанията на потребителите. Нейната философия противоречи на традиционните практики, при които качеството се фокусира само върху проверката за намиране и коригиране на грешки, които са различни от „очакванията на продукта или услугата“. Техниката на цялостно управление на качеството въвежда новаторски идеи в областта на администрацията. Основната линия на тази техника е да измести производствения процес към качеството на продуктите или услугите. Описанието се спира подробно на различни аспекти на въпроса за цялостното управление на качеството. Сред тях са измерения на качеството по отношение на измерването му, подходящи показатели и неговото значение.

Едно от основните понятия в тази дисертация е разбирането за *удовлетвореността* по отношение на здравните проблеми. От дълго време клиничният резултат е единственият критерий за оценяване на удовлетвореността на пациента от гледна точка на пряко ангажираните със здравеопазването лекари и други лица. Според гореспоменатата версия това са отличните клинични резултати, повишените и необходимите нива на удовлетвореност. Това мнение, разбира се, се счита за неправилно. Например успешната операция или правилната диагноза е важен фактор, определящ удовлетвореността на пациента и последващите предпочитания към определена болница и конкретен лекар. Но това не е единственият фактор, който ще определи степента на удовлетвореност на пациента. Твърди се, че фактори като медицински персонал и взаимодействието лекар-

пациент играят еднаква, ако не и по-важна роля при формирането на степента на удовлетвореност от клиничния резултат (Krowinski and Steiber, 1996; Labarere et al., 2001).

Следователно оценката как пациентът-потребител на здравни услуги възприема пълния набор от предлаганите услуги, както и детерминантите, които влияят на удовлетворението или недоволството, е изключително сложен въпрос в научните изследвания. Това очертава колко трудно можем да идентифицираме всички елементи, които всеки от нас взема предвид, за да оценим всичко, което се случва в ежедневието ни. Както казва Уеър (Ware, 1983): всичко в живота съдържа известна степен елементи от субективността на всеки човек и концепцията за удовлетвореност не може да бъде изключение и следователно показателите за удовлетвореност записват личните-субективни оценки на пациентите. За да се включи този елемент като категория на анализа, трябва да се изясни терминът "удовлетвореност на пациента". Освен това се твърди, че няма достатъчно научно внимание по този въпрос, особено по отношение на здравните проблеми.

Това, което е важно в гореспомената дефиниция е връзката между удовлетвореността, очакванията, ползата и пациента. Опитът му в областта на здравните услуги се основава на субективни критерии и набор от субективни ценности и очаквания относно това, което той/тя смята за еднаква идеална грижа и как лекарят трябва да се отнася към него като към личност. Според Паско (Pascoe) тази мрежа от субективни ценности, очаквания и оценки зависи от запаса от лични преживявания от отминали ситуации, през които пациентът сам е преминал в миналото. Също така се посочва, че има основно разногласие относно това дали удовлетворението е процес или резултат. По-конкретно определенията за удовлетвореност на потребителя наблягат или на процеса на оценка, или на реакцията на процеса на оценка.

Дефиницията за удовлетвореност на пациента включва четири понятия – раздразнения, преценки на стойността, реакции и индивидуални различия (Zimbardo and Boyd, 2015). Индивидуалните различия на пациента са свързани с личността, ценностите, убежденията, личния живот и най-вече с миналия опит със здравеопазването. По този начин, съгласно казаното по-горе имаме следното определение:

Удовлетвореността на пациента теоретично се дефинира като оценката на стойността на пациентите и последващите реакции на възприетите в средата на

здравеопазването стимули преди, по време и след престоя им в болницата или посещението им в клиника. Тези преценки на стойността и реакции се влияят от личностните черти на пациента, от миналия житейски опит и от здравеопазването (Bowling, 2014).

ГЛАВА 2

УПРАВЛЕНИЕ, КАЧЕСТВО И УДОВЛЕТВОРЕНОСТ ОТ СТРАНАТА НА ГРАЖДАНИТЕ

Връзката между качеството на здравните услуги и удовлетвореността на пациентите е разгледана подробно във втората глава. Според Муур (Moore et al., 2015) основните концепции, чрез които можем да оценим целите и работата на болницата са адекватност, ефективност, ефикасност, приемане на предоставяната медицинска грижа и научно и техническо качество. Тук въпросът за удовлетвореността е разглеждан чрез категориите на справедливостта.

На първо място идва идеята за *организационната справедливост и удовлетвореността на гражданите*. Въпреки, че много изследователи са се опитали да идентифицират аспектите на модела и изпълнението, които значително влияят върху удовлетвореността на крайния потребител, се твърди, че за удовлетвореността процесът на управление, въввлечен във въвеждането на такива промени (напр. ново съоръжение или работно пространство), може да бъде също толкова важен, ако не и по-важен. Финч (Finch, 2004) предполага, че удовлетворението на клиентите от условията се определя не само от техническото представяне, но и от „сложен комплект от обменни процеси“ като ефективна комуникация и управление на очакванията. Въпреки това във всяка организация има неконтролируеми променливи и непредвидени промени, които водят до изменения в сроковете и недостатъчни ресурси. По този начин по-нататъшният анализ е фокусиран върху въпроса как мениджърите на организациите могат да посрещнат нуждите на клиентите, когато тези потребности както и средата, в която работят, се променят толкова често. Възниква несигурност при: (1) съчетаването на непредвидените изисквания на пространството с доставките, (2) управлението на обновяването на остарели съоръжения, (3) противоречивите подходи на вътрешните и договорните доставчици на услуги, (4) справянето с конкурентните изисквания за пространство и услуги, 5) комбинирането на дългосрочна стратегия (напр.

потребностите на жилищния район) с непосредствени изисквания (напр. пристигането на нови служители).

С увеличаването размера на организацията се увеличава и сложността на стратегията за съоръжението. Обяснението на мениджърите на отдели, че техните нужди са включени в стратегическия план и ще бъдат изпълнени през следващите четири години, няма голямо въздействие, когато се сблъскат с неизбежното пристигане на персонала. Тогава как екипите могат междувременно да накарат клиентите си да се отпуснат? Удовлетворението на клиентите може да бъде постигнато чрез усвояването на услуга, а не чрез технически подход към управлението на съоръженията, съсредоточавайки се върху организационната справедливост и поддържайки възприятието на клиента за справедливост. По-специално трябва да се наблегне на процесуалното правосъдие, тъй като то се счита за най-важната форма на правосъдие при предоставянето на услуги.

На второ място се обръща внимание на разпределителната справедливост. Тя се отнася до разпределянето на ресурсите (Homans, 1961) или до възприеманата безпристрастност на резултатите, които даден човек получава от организациите (Folger & Cropanzano, 1998). Резултатите могат да бъдат разпределени въз основа на равенство, потребност или принос (Leventhal, 1976), а хората определят справедливостта на дистрибуцията сравнявайки с други.

Качествените ползи за пациентите, здравните специалисти и осигурителните фондове са очертани по отношение на основния въпрос на дисертацията. Смята се, че ако качеството отговаря на изискванията на клиента, тогава има широкообхватни последствия. Сред многото други характеристики изискванията могат да включват дистрибуция, устойчивост, наличност, надеждност и ефективност на разходите. Ако се натъкнем на отношение между клиент и доставчик, което пресича две организации, тогава продавачът ще трябва да установи „маркетингова“ дейност, отговаряща за тази задача.

В рамките на организациите трансферът на информация за изискванията между вътрешните клиенти и доставчиците често е недостатъчен или дори напълно отсъства. Ръководителите трябва да бъдат истински заинтересовани от изискванията на своите клиенти; секретарските ръкописи трябва винаги да бъдат четливи и предоставяната на потребителите информация да е ясна. Също така важен фактор за предоставяне на най-

добрите услуги са вътрешните взаимоотношения доставчик-клиент, които са най-трудни за управление по отношение на изискванията за установяване и предоставяне.

Удовлетворяването на нуждите на пациентите е друг аспект от качествените ползи за тях, здравните специалисти и осигурителната каса. Следвайки Стимсън и Уеб (Stimson and Webb, 1975) бяха идентифицирани три категории очаквания:

1. очаквания, които се крият в т. нар. тъмен заден план, които са неясни в резултат на натрупаното от човека знание в процеса на лечение,
2. очаквания, свързани с взаимодействието на пациентите в рамките на здравните услуги (напр. степента на предоставената от лекуващия лекар информация) и накрая,
3. очаквания относно действията, които практикуващият лекар може да предприеме във връзка със здравословния проблем на пациента.

От тези видове очаквания гореспоменатите автори считат втория тип за по-важен. Макар най-разпространена в международен план, не може да се каже, че теорията на очакванията покрива изцяло концепцията за удовлетвореност. Степента на удовлетвореност се определя от очакванията, но също така зависи и от преживяванията на отделния човек и дали те отговарят или надхвърлят очакванията му или са далеч от тях. С други думи човекът страда от бремето на социологическите и психологическите фактори, както и на техните специфични отличителни белези, които засягат както неговите очаквания, така и начина, по който се преживява една ситуация. Така освен теорията на очакванията има и други фактори, които са обвързани и очевидно влияят върху степента на удовлетвореност на пациентите от предоставяните им здравни услуги. Общоприето е схващането, че фактори като социален статус, пол, възраст, етническа принадлежност и др. играят важна роля при оценяването на здравните услуги от пациента.

Казано накратко възрастта на пациента е може би най-важният фактор, който доказано въздейства върху удовлетвореността. Има голямо количество данни от значителен брой проучвания в различни страни – което е показано в текста – в подкрепа на това, че възрастните пациенти са склонни да бъдат по-доволни от останалата част от населението (Langen et al., 2005; Grogan et al., 2000; et al.) Изглежда, че въпросът се нуждае от още проучване на причините за това, въпреки че опитът в тази област показва, че по-възрастните пациенти се нуждаят повече от подкрепа от всеки друг пациент

поради лошото си в болшинството случаи здраве. В резултат на това те са потвърдителни в своите оценки, очаквайки по-прости неща като усмивка или дума на подкрепа от медицинския персонал за разлика от по-младите пациенти, чиито изисквания не се ограничават само до това. Според изследванията на удовлетвореността като оказващо влияние върху степента на удовлетвореност на човек и върху формата на неговите възгледи и очаквания е признато също и нивото на образование.

Взаимовръзката между качеството на здравните услуги и удовлетвореността на пациентите се поставя в контекста на най-ранната философска концепция за качеството. Аристотел пише за същността на щастието и за това, което е необходимо на хората, за да имат „добър живот“. За него, както и за много философи оттогава, основната цел е била да се постигне най-висок статус или „добро“, което позволяват обстоятелствата. Човекът постигнал тази цел е имал най-доброто качество на живот (Robinson et al., 2008). Същото важи и за пациента. Затова най-доброто благо за болните би следвало да бъде утвърждаването на живота, а не забъркването в неблагоприятни обстоятелства, причинени от болестта и нейното лечение. В съвременната медицина все повече се набляга на възгледа на пациентите за това какво изгражда подходящо лечение и е широко прието, че това, което съставя искания резултат за пациента не трябва да се оставя само на здравните специалисти, а трябва да се взема предвид и неговите потребности и желания. През 1990 г. в САЩ в дефиницията на измеренията за качество институтът по медицина е включил удовлетворението на пациентите като важен елемент от резултата от здравеопазването.

Що се отнася до науката за сестринската грижа, нейният принос не беше напълно признат и в близкото минало сестрите прилагаха грижи по формален и механичен начин. В резултат на това не беше наблегнато върху поставянето на обективни цели и измерването на резултатите по отношение на здравния напредък на пациентите. Както е илюстрирано от литературата и първите кодекси за медицински сестри, качеството на медицинските услуги е свързано с естеството на медицинските сестри и по-специално с реалността на подчинение и обгрижване. Но вечно нарастващите разходи за услуги, напредъкът в технологиите и оценката на медицинското обслужване, изискванията на населението за подобряване на качеството на здравните услуги и необходимостта да се признае работата и снабдяването на медицинските сестри са оказали влияние върху начина на тяхното организиране.

Уен и Густафсон (Wen and Gustafson) са предложили интересен модел на пряко взаимоотношение между здравните нужди, удовлетвореността от грижите и качеството на живот. Тяхното изследване е било особено важно и предизвика преразглеждане на концепцията за „оценяване на потребностите и удовлетворението“ (Mercouris, 1996). Основните концепции, чрез които можем да оценим целите и работата на болницата като адекватност, ефективност, ефикасност, приемане на предоставяната медицинска помощ, научно и техническо качество следват идеите на Муур (Moore et al., 2015).

Медицинският институт на американската академия по медицина определя качеството като степен, до която здравните услуги увеличават вероятността от желани резултати за отделни хора и за цялото население, бидейки същевременно съвместими със съществуващите професионални знания.

Според Световната здравна организация качеството е предоставянето на диагностични и терапевтични действия, способни да осигурят възможно най-добрия резултат за здравето в обсега на съвременната медицинска наука, която се цели да постигнат възможно най-добрия резултат с минимален ятрогенен риск, както и максимално удовлетворение на пациента по отношение на процедури, резултати и човешки контакт. Въз основа на тези дефиниции става ясно, че качеството на здравето е същото като удовлетворението на пациента, като същевременно се предоставят необходими и ефективни услуги както и контрол върху разходите.

Както бе споменато по-горе качеството е една от основните концепции, чрез които оценяваме предназначенията, целите и работата на болницата. Оценката на качеството на здравните услуги е етап, който заедно с резултатите от оценките на другите концепции като ефикасност, ефективност и др., води до цялостно оценяване на здравните услуги в болницата (Surís et al., 2007). Качеството се отнася до степента на удовлетвореност на пациента чрез целостта на предоставяните здравни услуги. Следователно това удовлетворение трябва да се основава на структурни критерии (логистика, легла, персонал, хранене), процесуални критерии (действия за диагностика, лечение), критерии на резултата (оценка на резултата от лечението). Оценяването на качеството на болниците се постига въз основа на горните критерии. Те отчитат краткосрочното или дългосрочното въздействие на медицинската помощ върху подобряването, стабилизирането или влошаването на здравословното състояние на пациента.

Според различни оценки днес качеството на предоставяните от държавните болници услуги, оценено по горните критерии, е ниско и не отговаря на нарастващите очаквания на гражданите. Проблемът е настоятелен повече от десет години. За да може болницата да докаже, че има качество на своите здравни услуги, тя трябва да бъде заверена от сертифициращ орган. Сертифицирането – конкретна форма на намеса – е признаването/оценката от специален външен сертифициращ орган за това, че една организация, компания или болница отговаря на критериите определени от самия него. Сертификатите ISO 9000 са най-широко прилаганите стандарти за сертифициране. Те са приписани на повече от 250 000 компании по целия свят. Гръцката организация за стандартизация (ELOT) носи отговорност за прилагането на институцията в Гърция, но с ограничени приложения в областта на здравните услуги (Hoyle, 2006).

Качеството също е въпрос на сертификационен процес, който оценява степента на съответствие на предварително договорените области с конкретни критерии или стандарти. Анализът в дисертацията обръща внимание на тези критерии, които се категоризират в инфраструктурни, процесуални критерии и критерии за резултат. Оценката се извършва както чрез периодични инспекции, така и чрез непрекъснат мониторинг. Периодичните инспекции се извършват на всеки 2-3 години, а наблюдението – с непрекъснати клинични измервания и индексирание. Сертифицирането се записва в подробен доклад за оценка, което често води до получаване на диплома. Ако според констатациите критериите са изпълнени, се възлага схема на сертифициране; в противен случай организацията не е сертифицирана. Проблемът със сертифицирането се вижда от опита на болниците в Съединените щати, където то е установено повече от век, а след това е разширено до почти целия спектър от здравни услуги. Сертифицирането не може само по себе си да замести осигуряването на качество, така че се третира като допълващ процес, който е част от съвременните концепции за мениджмънт на качеството. За разлика от този пример е направен анализ, че няма сертифициращ орган в Гърция, въпреки че създаването на Института за изследвания и контрол на качеството на здравните услуги от 1997 г. е узаконено (Bowling, 2014).

Част от констатациите в дисертацията се основават на резултати от емпирични изследвания. Според доклад на Хескът (Heskett et al., 1994) и според проучване, проведено в Университета на Южна Дакота (Вермилион, САЩ), където е изследвана връзката между качеството на професионалния живот и производителността в организацията като цяло, качеството на професионалния живот е нещо, което се измерва

от усещанията на служителите към тяхната работа, техните колеги, компанията. Работната отдаденост се определя от следните три благоприятни условия: а) работната среда, която помага за ангажираността на служителите, така че да се чувстват сигурни в работата си, б) задоволителното заплащане, в) възможностите за развитие (Lau, 2000). Ключовите цели на една ефективна програма за ангажиране са подобрените работни условия и максималната ефективност на организацията. Според Суонсън (Swanson, 1998) има положителна взаимовръзка между практиките на човешките ресурси и организационната рентабилност. Увеличаването на растежа и печалбата означава, че има финансови ресурси, които ръководството може да инвестира в своите служители, тоест за допълнително подсилване на тяхната отдаденост като същевременно увеличава рентабилността на организацията и ангажираността на служителите. Друг източник за такива данни е проучването, докладвано от Levering & Moskowitz (1999), което е фокусирано върху 100-те най-големи компании в Америка и заключава, че критериите за класиране в списъка на компаниите, които следват философията на работната ангажираността са заплата, възможности, сигурност, гордост, справедливост, отворена комуникация и приятелско отношение.

Всъщност изследване сред 500 доставчици на услуги в Съединените щати показва тясна връзка между управленските практики, които са в основата на ангажираността в работата и рентабилността. Установено е, че ефективните програми за развитие на човешките ресурси са жизненоважни за оцеляването на организацията и за постигането на конкурентно предимство в глобален мащаб. За пореден път се доказва, че отношенията между ръководството и служителите са полезни и за двете страни. От една страна служителите се чувстват сигурни и ангажирани и стават по-ефективни, а от друга – ръководството се радва на повишено финансово изпълнение, което го прави по-конкурентоспособно.

Измерванията на удовлетвореността на пациентите са в съответствие с цялостното съществуващо доминиране на потребителите на пазарите на услуги и разбира се с актуалната реалност на здравните услуги, където е неоспоримо съществуването на пазара с неговите класически характеристики, а именно с ожесточена конкуренция и ориентираност към клиентите.

От гореспоменатите дефиниции за качество на здравната услуга следва, че ключов елемент при определянето на качеството са потребностите на клиента-пациент,

които лекарят-доставчик трябва да идентифицира и доближи с подходящи стратегии. Следователно удовлетвореността на пациентите е допълнително измерение на качеството на здравните услуги, което заинтересованите страни в здравеопазването трябва да вземат предвид. Факт е, че при услугите в здравеопазването основният елемент на удовлетвореността на пациентите е добрият здравен резултат и възстановяването на здравето. В този смисъл добрата медицинска практика в съчетание с хубави взаимоотношения лекар-пациент допринася значително за удовлетворението на пациента.

Други видове изследвания разгледани в тази глава се отнасят до връзката между лидерството и организационната справедливост. Доколкото подобрението в областта на здравеопазването е свързано с решенията на ръководителите на различни организационни звена, включването на теорията за лидерството има важно място в анализа. Лидерството не се представя като манифестация на ярки личности, а като такова взаимодействие между лидери и последователи в дадена ситуация с цел постигане на цели и подобряване на условията. Специално внимание е отделено на връзката между трансформационното лидерство и организационната справедливост въз основа на научни публикации по тези въпроси. Едно от заключенията в тази глава се отнася до лидера в организационната структура на здравно звено и в по-широк план в болничната помощ, който има специфични и ключови задачи в административната дейност за планиране и систематизиране на областите на действие на групата.

ГЛАВА 3

ПРЕГЛЕД НА НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Анализът в тази глава се основава на резултатите от проучване, проведено от Н. Полиzos, Теодора Синогеоргу и Дионисия Мариату (N. Polyzos, Theodora Sinogeorgou, and Dionysia Mariatou). Целта му беше да измери общия процент на удовлетвореност на пациентите от услугите на здравния център (ЗЦ). Изводите, произлизащи от този анализ, се отнасят до препоръки за решаване на някои от очертаните проблеми в държавните болници. *Оценяването на удовлетвореността на пациентите от услугите на здравните центрове* има за цел да регистрира мненията и впоследствие да измери удовлетвореността на потребителите на първични здравни услуги, предоставяни в един здравен център. Методологията на

използваното изследване беше структуриран въпросник, който беше разпространен през април 2004 г. в произволна извадка от 150 пациенти. Въпросникът събра информация за впечатленията на пациентите от посещението им в ЗЦ относно административния и останалия персонал, сградата и инфраструктурата за настаняване, времето за изчакване, лабораториите, географското местоположение на центъра, медицинските специалности и др. Настоящото изследване е представено, за да се подчертае, че след толкова години в гръцката здравна система няма значително подобрене.

Общите констатации от изследването показват висок общ процент на удовлетвореност от услугите на ЗЦ от 71,1%. Започвайки по-аналитично от степента на удовлетвореност на гражданите-пациенти от лекарите, 79% съобщават, че са доволни, а 20,9%, че не са доволни от знанията и уменията им. Що се отнася до удовлетвореността на персонала от медицински сестри и парамедици, 63,7% са отговорили, че са доволни, докато по отношение на лечението степента на удовлетвореност е значително по-висока с 81,9%. Степента на удовлетвореност от административния и друг вид персонал е била 86,4%. Що се отнася до инфраструктурата на сградата, 63,5% изразиха задоволството си от въпроса за безопасността на сградата докато удовлетвореността им от местоположението на ЗЦ е 93,5%. Що се отнася до лабораториите, степента на удовлетвореност на пациентите беше, както следва: 61,7% от радиологичната лаборатория и 70,8% от микробиологичната лаборатория. И накрая, най-ниските нива се отнасят до адекватността на медицинските специалности, тъй като само 19,8% са казали, че са доволни, докато 35,3% са заявили, че нямат мнение, а 44,8%, че са недоволни. Извадката от изследването включва общо 220 пациенти. По-конкретно повечето от тях са семейни мъже и притежават бакалавърска степен. Болшинството от тях са на възраст от 31 до 40 години, със здравна застраховка и живеят в град. Въпросникът се състои от 4 глави. Първата анализира демографските характеристики на участниците и съдържа 6 отворени въпроса. Втората глава, която се отнася до опита на пациентите в болницата и се състои от общо 6 въпроса от затворен тип. Удовлетвореността от предоставените услуги се анализира чрез третата глава като се използват 15 въпроса по лийкъртовата скала, която приема отговори от 1 до 7. Накрая мненията на участниците за подобреното на болницата през последната година са представени в четвърта глава чрез 2 въпроса от затворен тип.

В заключение от горното следва, че пациентите са били доста доволни от работата на здравния център. И накрая мнозинството отговори положително на въпроси относно тяхната удовлетвореност от лекари, медицински сестри, лечебен, административен и друг персонал, което показва, че по отношение на работата си ЗЦ има няколко положителни точки. Тези резултати обаче не могат да се считат за задоволителни спрямо цялостните резултати от здравната система. В днешно време системата на здравеопазване представя много проблеми, които я карат да бъде неефективна и неефикасна по отношение на отношението клиенти-пациенти и които допринасят за предоставянето на некачествени здравни услуги.

Неефективността на болницата се дължи на конкретни фактори. Такива фактори са липсата на удовлетвореност от човешкия потенциал, който се използва (синдром на професионалното изчерпване често не се наблюдава поради неговата неудовлетвореност), неспособността да се предоставят здравни услуги на пациентите или как се лекуват от медицинския и сестринския персонал. Важен фактор в допълнение е несъществуването или неизползването на системите за цялостно управление на качеството, което отчасти е отговорно за некачествените здравни услуги. Други фактори включват: недостиг на финансиране, материални и човешки ресурси, липса на специализиран персонал, липса на преквалификация на съществуващия персонал и др.

Всички гореспоменати фактори водят до необходимостта от оценяване на една болница, за да се идентифицират причините за болничната неефективност и общото здравословно състояние, да бъдат коригирани и да могат да се предоставят еднакво и универсално качествени здравни услуги на гражданите.

Що се отнася до удовлетворението по отношение на лекаря, пациентите са предимно умерено доволни от ефективността на отделеното от него време за преглед, но вярват в желанието му да чуе за тяхното здраве и че предоставената информация за тяхното здравословно състояние е вероятно лоша. Пациентите изразяват умерено ниво на удовлетвореност по отношение на доверието на диагнозата на лекаря, дадените за лечението обяснения-инструкции, и уважението, което той е имал към тях. Освен това те са средно доволни от учтивостта на медицинските сестри и тяхната готовност да отговорят на въпроси им и от времето за заплащане, както и от учтивостта и желанието на секретарския персонала. И накрая мнозинството от участниците се съгласяват, че

спрямо предишната година е имало много добро надграждане на амбулаторната клиника на болницата.

Приложният ефект от изследването се отнася до болницата в Каламата, която не е била проучвана наскоро по отношение на удовлетвореността на пациентите. В същото време теоретичната част на дисертацията се фокусира върху теорията на Джон Ролс, която не е широко изследвана в гръцката литература. Настоящият труд може да бъде стимул за по-нататъшни изследвания особено в този момент, когато светът преживява пандемията на Covid и здравната система е приоритет на държавата. Всъщност днес повече от всякога се подчертава необходимостта от укрепване на системите на здравеопазване на всяка държава.

Дисертацията завършва с препоръки за решаване на проблемите в обществените болници. Един от ключовите начини за изграждане на отношения на доверие между потребителите и здравните специалисти несъмнено е измерването на удовлетвореността на пациента. В същото време по този начин се повишава престижът и надеждността на услугата, а също така помага да се идентифицират проблемите, да се документират резултатите и нивата на изпълнение. От друга страна полезността на такива измервания е силно критикувана, тъй като се излагат аргументи, че пациентите нямат подходящите знания, за да преценят какво искат, понеже това винаги е нещото, от което се нуждаят, а друг път не са искрени, защото са зависими от лекарите и болницата или защото тяхното психологическо и физическо състояние влияе на преценката им. В опит да се отговори на негативните аспекти на измерванията на удовлетвореността се предлага въвеждането на системи за управление на качеството, които ще позволят подобряване както на качеството на предоставяните от здравните системи грижи, така и на удовлетворението на пациентите. В този контекст се счита за необходимо да се установи функционирането на „служба по качеството“ във всички гръцки болници. Качеството е въпрос на култура, а не просто прилагане на показатели и процедури. Това е непрекъснато, систематично и организирано колективно и индивидуално усилие. Целта е непрекъснато да се подобряват както здравните специалисти, така и услугите и в същото време да се изтъкват пионерите и способните, но най-вече да се подкрепят тези, които трябва да се подобрят възможно най-скоро. Работата на такива системи за оценяване на здравеопазването ще допринесе за двойното активиране на целия отрасъл на доставчици на здравни грижи както и на пациентите. Организационните структури препоръчани за ефективно управление на качеството са следните: i) комитет за управление на

качеството; ii) отдел по качеството; iii) мениджър по качеството; iv) организирана информационна система; v) връзка с по-широкия контекст на организацията. Службата по качеството трябва да бъде независима и да носи отговорността за управлението на качеството в организацията. Обикновено ръководителят на тази служба е управителят на болницата. Той ще заеме позицията на „мениджър по качеството“ и нейният персонал ще се снабдява от координатора по осигуряване на качеството и секретарската поддръжка. Службата трябва да отговаря за събирането и анализирането на подходящите данни, за да се определи пригодността и ефективността на системата за качество на болницата, както и да се идентифицират възможностите за нейното подобряване. Данните се анализират въз основа на удовлетвореността на пациента, съответствието с нуждите и очакванията му, както и характеристиките и тенденциите в услугите и процедурите за грижата за него. Нейните отговорности ще включват също прилагането на подходящи методи за измерване и наблюдение на процесите, планирането и контрола на процесите, необходими за постигане на подобрения в системата за качество. По отношение на хората, които ще съставят службата по качеството, мениджърът по качеството ще отговаря за внедряването на системата за управление в болничното отделение, непрекъснатия мониторинг на нейното изпълнение чрез информацията от анализа на показателите за качество и поемането на възможни коригиращи действия. Координаторът е лице, пряко отговорно за насочването и координирането на дейностите по програмите за качество в цялата организация. Той следва да има поне две задължения: да обучава болничния персонал и да наблюдава развитието на системата за качество. Връзките с качеството са крайната цел на мрежата с мисията да наблюдават прилагането на процедурите, да идентифицират проблеми в качеството, да повишават осведомеността на служителите по въпросите за неговото осигуряване и тяхното участие във вътрешните проверки на системата. Структурата на болниците все още има нужда от значителни промени. Ползотворно би било цикличното работно време на доставчиците на здравни услуги да се премахне, тъй като това изтощава членовете на персонала и им пречи да се отдадат на правилното извършване на професията си. Въз основа на анализа на тази дисертация е възможно да се предложат определени препоръки по отношение на факта, че дневните разходи за хоспитализация не покриват дневните разходи за хоспитализация (основен принцип); важноста от намаляването на оперативните разходи, т.е. лекарства и консумативи, главно за редуциране на дневните болнични разходи, което увеличава техния принос за дефицит; осигурителните фондове трябва да изплащат задълженията си в определения срок, а не

по-късно, защото това допринася за създаването на вторичен дефицит; и накрая намаляването на разходите не трябва да влияе върху качеството на предоставяните на пациентите услуги.

В допълнение е нужно да се осигури на болниците необходимият брой медицински сестри и лекари, защото без човешки ресурси адекватната им работа е невъзможна. В същото време самият персонал от медицински сестри не бива да си отдържа, а да се грижи за своето непрекъснато обучение чрез семинари и следдипломно обучение. От една страна медицинският персонал не трябва да забравя, че справянето с грижите за човека е труден и взискателен въпрос, а от друга – че науката непрекъснато се развива и поради тази причина проучванията им по темата на тяхната работа трябва да бъдат постоянни.

Това изследване е полезно за държавата, служителите в областта на общественото здравеопазване и здравните специалисти, за да предприемат действия за повишаване на удовлетвореността на пациентите от националната здравна система в Гърция.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Целта на дисертацията беше да се разгледа въпроса за удовлетвореността от здравната система и болничната помощ в Гърция. Тя се базира както на вторичен анализ на резултатите от изследването, така и на това дали гръцките пациенти според личния си опит са доволни от лечението в конкретна болница. Теоретичната основа на изследването анализира здравния сектор в Гърция от гледна точка на организационната справедливост, лидерството, качеството и удовлетвореността на пациентите. Процесът и средствата за предоставяне на здравно осигуряване на гражданите се определят от по-широката социална, икономическа, политическа и културна среда и разбира се от социалните неравенства, които се възпроизвеждат в нея. Със значителното съдействие на науките за планиране и организация здравните услуги формират сложна система, чието устройство се развива въз основа на политическите избори, социалните процеси и заобикалящия го историко-културен контекст. Въз основа на познанията за планиране и организация здравните услуги формират сложна система, чието форма се развива въз основа на политическите избори, социалните процеси и заобикалящия го историко-културен контекст. Здравните системи са сложни и непрекъснато променящи се

единици. Прилагането на общоприето и напълно задоволително определение на здравната система се оказва трудна задача. Въпреки това Световната здравна организация се опитва да формулира сбита дефиниция, идентифицирайки системата с всички онези дейности, чиято основна цел е да насърчава, възстановява или поддържа здравето. Несъмнено неравенствата между различните социалноикономически групи влияят върху здравеопазването на гражданите. Тяхното смекчаване, основано на преобладаващото схващане за социална справедливост, изисква политически интервенции.

Втората глава представи удовлетвореността на пациентите по отношение на организационната справедливост и качеството на здравните услуги. В областта на здравеопазването удовлетвореността на пациентите се очертава като важен показател за качеството на грижите и се използва като средство за неговото постигане, поддържане и наблюдение. Въпреки широкото приемане на термина, има няколко разлики в тълкуването, дадено от доставчиците на здравни услуги и от потребителите. Здравните специалисти са склонни да се фокусират върху професионалните стандарти и да се стремят към качеството преди всичко по отношение на ефективността. Пациентите от своя страна асоциират качеството с клиничните резултати, уменията за комуникация и нагласите за разбиране от здравните специалисти. Накрая ръководството интерпретира качеството с показатели за ефективност, удовлетвореност на пациентите, достъпност и непрекъснато подобряване на услугите. Въпреки това оценяването на качеството на грижите, което традиционно се основава на прилагането на професионални стандарти, все повече интегрира възприятията на пациентите в измерванията си.

Накрая що се отнася до възможността за социална справедливост в областта на здравеопазването в Гърция, заслужава да се спомене, че в съвременните икономики като гръцката има голямо неравенство в разпределението на доходите и благосъстоянието, което представя голямо предизвикателство при ефективното третиране на неравенствата в здравето. Неравенството в доходите се подсилва от пазарното доминиране, приватизацията и последващото свиване на социалната защита и ролята на социалната държава като цяло. Следователно неравенствата в доходите са склонни да влошават нивото на здравето на населението, предимно на най-уязвимите групи, като в същото време влошават финансовата тежест на най-бедните домакинства. Това има допълнителен ефект от по-нататъшното увеличаване на неравенствата в разпределението на разполагаемия доход на домакинството. В същото време разликата

между заявените цели и прилаганите политики е ключов елемент на въведените рамки на реформа. По този начин тази тема продължава да привлича изследователския интерес, подчертавайки необходимостта от проучвания, насочени към подобряването на ефективността и справедливостта на здравните системи, съгласно техните декларации. Необходимо е да се проучи допълнително въздействието, което системите на здравеопазване оказват като цяло върху неравенството, бедността и жизнения стандарт. Това ще помогне за разработването на ефективни политики за облекчаване на неравенствата и бедността и в общи линии за подобряване на жизнения стандарт на гражданите и цялостното социално благосъстояние.

От целостта на дисертацията се прави заключението, че за да могат пациентите да бъдат доволни от системата на здравеопазването, те трябва да изпитват социална справедливост и да получават качествени здравни услуги. Удовлетвореността на пациента е многостранна и е свързана с цялостното изпълнение на здравните специалисти, болницата и индивидуалния фокус върху всеки пациент в даден момент. Освен това дори добрите болници трябва постоянно да се подобряват, тъй като пациентите имат по-големи очаквания. Отзивчивостта на здравните услуги към социалните здравни нужди се доказва във времето от наличността, достъпността, отвореността и ефективността, независимо от пространствените и икономически ограничения и в съответствие с принципите на социалното равенство, справедливост и приемане.

III. САМООЦЕНЯВАНЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИТЕ ПРИНОСИ

Дисертацията свързва темата за качеството на здравеопазването (по примера на гръцкия случай като фокусна точка) с етичните концепции като теорията на справедливостта на Джон Ролс, ролята на удовлетворението при управлението на различни процеси, както и категориите на теория на лидерството. Направено е задълбочено проучване на литературни източници в тези области и са идентифицирани централни категории на анализ, приложими към темите и проблемите на здравната политика.

Дисертацията доказва, че категорията на удовлетвореността е съществен показател за нивото на качеството в системата на здравеопазването и болничната грижа. Като се има предвид тази основа дисертационното изследване има значителен

практически принос чрез изготвянето на конкретни предложения за подобряване на организацията в тази област, както и за подобряването на отделните ѝ компоненти, за да има незабавно и устойчиво по-високо качество на здравните услуги. Във всички гръцки болници е стартирана концепцията за необходимостта от създаване на „служба по качеството”.

Дисертацията успешно свързва въпроса за качеството на здравеопазването и болничните услуги с въпросите за справедливостта и удовлетвореността на всички участници в целия процес на здравеопазването. Тя формулира термина „предоставяне на здравни услуги“, който включва различни заинтересовани страни, лица и придвижване на информация. Доказано е, че максимизирането на удовлетвореността на пациентите е един от най-важните фактори за удостоверяване качеството на предоставяните здравни услуги.

Проектирането на тази идея на практика води до резултата, че отделите на здравните институции ще трябва да си сътрудничат и да извършват редовни проучвания за удовлетвореността на пациентите, за да идентифицират проблемните области и да ги подобрят навреме.

ПУБЛИКАЦИИ

Vempekidis E. (2019). *The problems of the Greek health system due to the economic crisis* IN: Conference papers, Third International Public Administration Conference 30 Years of Public Governance Political Reforms in Central and Eastern Europe: The Next Horizon, April, 11th, 2019, Sofia University Publishing House.

Vempekidis E. (2020). *The health of the Greek health system and the challenges facing its users*, IN: В: Илиева, С. (Ред). Лидерство и развитие на човешките ресурси, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, София ISBN (online) 978-954-07-4979-2, p. 932-939.

Vempekidis E. (2020). *Theory of Justice in Greek health system*, IN: Conference papers, Fourth International Conference of the Department of Public Administration, The Administrative Fairness, October 26th, 2020, Sofia University Publishing House.

