
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

Αξιολόγηση Δαπανών Υγείας σε Σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε Χώρες της Ε.Ε.

Ελένη Πίκη

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

Αξιολόγηση Δαπανών Υγείας σε Σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε Χώρες της Ε.Ε.

Ελένη Πίκη, Α.Μ.: ΔΥ/1522

Επιβλέπων: Καρκαλάκος Σωτήριος / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

Health Care Cost Analysis as regards to the Intensive Care Units in the E.U. Countries

Eleni Piki

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, 2017

Στην οικογένειά και στους καθηγητές μου

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ όσους με στήριξαν και με βοήθησαν να αναλάβω και ολοκληρώσω το δύσκολο έργο των Μεταπτυχιακών μου Σπουδών που αποδείχθηκε σημαντικός σταθμός στην επαγγελματική μου καριέρα

Αξιολόγηση των Δαπανών Υγείας σε σχέση με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε Χώρες της Ε.Ε.

Σημαντικοί Όροι: Ιατρική, Νοσοκομειακή Περίθαλψη, Διαδρομή Κλινικής Φροντίδας Ασθενούς, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Κόστη Περίθαλψης ΜΕΘ, Συνδρομή των ΜΕΘ στο Κόστος Νοσοκομειακής Περίθαλψης Ασθενούς

Περίληψη

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αλλά και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη συνολικά, έχει εισέλθει από το έτος 2000 σε μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από νέους προσανατολισμούς και συσχετίσεις μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης, των παρόχων υπηρεσιών υγείας, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και των εθνικών φορέων διοίκησης και συντονισμού του κλάδου υγείας συμπεριλαμβανομένων των ασφαλιζόμενων πολιτών.

Η χρηματοδότηση του κλάδου υγείας στην Ευρώπη τη τελευταία δεκαετία βιώνει έντονες διακυμάνσεις στις υφιστάμενες χώρες του νότου και προκλήσεις στις ισχυρές οικονομίες του βορρά με ισχυρό προσανατολισμό προς διαδικασίες που εξασφαλίζουν περισσότερο έλεγχο, παρακολούθηση και αξιοποίηση των δαπανών χρηματοδότησης του κλάδου υγείας σε ότι αφορά στην επένδυση, στο πρόσοδο, στην προσφερόμενη αξία και στο ποιοτικό αποτέλεσμα.

Η τάση για ποιοτική, αποτελεσματική, παραγωγική, ανταποδοτική και επενδυτική χρηματοδότηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, αποτυπώνεται στη παρούσα μελέτη μέσα από έρευνα και ανάλυση της πορείας χρηματοδότησης της υγείας, τη περίοδο 2000 έως 2016, επιλεγμένων χωρών της Ε.Ε. (Γερμανία, Γαλλία, Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία) και στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα της ύφεσης αντιμετωπίζει την πρόκληση σταθερής χρηματοδότησης του τομέα υγείας υπό το καθεστώς εξυγίανσης των δαπανών του, περικοπών του κόστους λειτουργίας του και εξασφάλισης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών ιδιαίτερα από μονάδες υγείας υψηλών απαιτήσεων και ιδιαίτερου ρόλου όπως οι ΜΕΘ.

Η νέα εποχή επιβάλλει την ανάγκη για περισσότερο αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας στους ασφαλιζόμενους, με μικρότερο για το κράτος κόστος, σε συμφέρουσες τιμές για τους παρόχους υγείας.

Health Care Cost Analysis as regards to the Intensive Care Units in E.U. Countries

Keywords: Health and Medical Care, Inner Clinical Road Map of Patient Health Care, Intensive Care Unit (ICU), ICU's Health Care Costs, European Union, Centers of Costs, ICU Contribution on Heart's Medical Care Total Cost

Abstract

Since the year 2000, Intensive Care Units and the entire national health system in Greece and in E.U. have entered a period of new orientations and trends between the relations of the national health funding organizations, health care service suppliers, social security providers and national health sector's administration and organization units and also citizens.

Since the last decade health sector's funding in Europe has experienced high volatility in Southern Europe recession countries and hard challenges in the North European strong economies oriented to more strictly health care processes and more controlled funding as regards to the investment, revenues, value offered and qualitative outcomes.

The study illustrates the recent tendency for more qualitative, productive, interactive and investing financing for health care services, especially for ICU's curement for the period of 2000- 2016 for selected E.U. countries (Germany, France, U.K., Spain, Italy) and Greece.

Greece faces the challenge of its national health care sector's firm financing under regulated expenditures, constrained operational costs and more qualitative services from health care units especially from units with particular role and type of services such as ICUs.

The new era demands for more efficient and effective health care services to the citizens, with less cost to the government and in appealing prices to the health care providers.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
Συστήματα & Υπηρεσίες Υγείας	3
1.1 Γενικά	3
1.2 Συστήματα Υγείας	3
1.2.1 Εννοιολογικοί Ορισμοί	3
1.3 Κατηγορίες Συστημάτων Υγείας	4
1.3.1 Ιδιωτικά Συστήματα Υγείας	4
1.3.2 Περιφερειακά και Κλαδικά Συστήματα Υγείας	5
1.3.3 Εθνικά ή Δημόσια Συστήματα Υγείας	5
1.4 Μοντέλα Υγείας	6
1.4.1 Διεθνή Μοντέλα Υγείας και Χώρες Εφαρμογής	7
1.4.1.1 Το Βρετανικό Μοντέλο Beveridge	7
1.4.1.2 Το Γερμανικό ή Ηπειρωτικό Μοντέλο Bismarck	7
1.4.1.3 Το Καναδικό Μοντέλο Εθνικής Ασφάλισης Υγείας	8
1.4.1.4 Το Αμερικανικό Μοντέλο Out of Pocket	9
1.4.1.5 Το Ιταλικό Μοντέλο, Παραλαγή του Μοντέλου Beveridge	9
1.4.1.6 Το Γαλλικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Bismarck	10
1.4.1.7 Το Ισπανικό Μοντέλο, Παραλαγή του Μοντέλου Beveridge	10
1.4.1.8 Το Σκανδιναβικό Μοντέλο, Παραλαγή του Μοντέλου Beveridge	11
1.4.1.9 Το Ολλανδικό Μοντέλο, Παραλαγή του Μοντέλου Bismarck	11
1.4.1.10 Το Ελληνικό Μοντέλο, Μεικτό Μοντέλο	11
1.5 Ειδικές Υπηρεσίες Περίθαλψης	12
1.5.1 Εντατική Θεραπεία	12
1.5.2 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας	12
1.5.2.1 Ρόλος & Αποστολή των Μ.Ε.Θ.	12
1.5.2.1.1 Δομή και Οργάνωση	13
1.5.2.1.1.1 Δομή	13
1.5.2.1.1.2 Οργάνωση	14
1.5.2.1.1.3 Εξοπλισμός	15
1.5.2.1.2 Λειτουργία των Μ.Ε.Θ.	15
1.5.2.1.2.1 Υπηρεσιακή Λειτουργία	15
1.5.2.1.2.2 Οικονομική Λειτουργία	17
1.5.2.1.2.3 Επιχειρησιακή Λειτουργία	18
1.6 Οικονομικά των Συστημάτων Υγείας	18
1.6.1 Κόστη Υγείας	19
1.6.1.1 Κέντρα Κόστους Υγείας	19
1.6.1.2 Δαπάνες Χρηματοδότησης Υγείας	20
1.6.2 Κόστη Εντατικής Θεραπείας	22
1.7 Κόστη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	23
1.8 Ανακεφαλαίωση	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	27	
Δαπάνες Χρηματοδότησης της Υγείας Χωρών της Ε.Ε. και της Ελλάδας	27	
2.1 Γενικά		27
2.2 Απασχόληση και Στελέχωση του Κλάδου Υγείας		28
2.3 Πληθυσμιακή Κάλυψη σε Υπηρεσίες Υγείας		29
2.4 Δαπάνες Χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας		30
2.4.1 Δαπάνες ανά Τύπο Χρηματοδότησης της Υγείας		30
2.4.2 Δαπάνες Κατά Κεφαλή στο Τομέα Υγείας		
2.4.3 Δαπάνες ανά Φορέα, Πάροχο και Παρεχόμενη Φροντίδα Υγείας		31
2.4.4 Δαπάνες στο Τομέα Υγείας σε Σχέση με το ΑΕΠ		32
2.5 Δαπάνες Χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα		32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	35	
Υπολογισμός της Δαπάνης Υπηρεσιών Υγείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα	35	
3.1 Γενικά		35
3.2 Χρηματοδοτική Κάλυψη Νοσηλείας Μ.Ε.Θ. σε χώρες της Ε.Ε.		35
3.2.1 Γερμανία		35
3.2.2 Ιρλανδία		36
3.2.3 Ηνωμένο Βασίλειο		37
3.2.4 Ολλανδία		38
3.2.5 Αυστρία		39
3.2.6 Δανία		40
3.2.7 Γαλλία		41
3.2.8 Ισπανία		41
3.2.9 Η Ελληνική Πραγματικότητα		42
3.3 Ανακεφαλαίωση		43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	45	
Κόστη Υπηρεσιών Μ.Ε.Θ. Έρευνα και Αποτελέσματα	45	
1.1 Εισαγωγή		45
1.2 Στοιχεία και Μεθοδολογία της Έρευνας		45
1.2.1 Στοιχεία		45
1.2.2 Μεθοδολογία		45
1.2.3 Δείγμα		46
1.3 Αποτελέσματα και Ανάλυση της Έρευνας		92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	95	
Συμπεράσματα και Προτάσεις	95	
5.1 Εισαγωγή		95
5.2 Συμπεράσματα		95
5.2.1 Εθνικοί Τομείς Υγείας Χωρών Ε.Ε. και Δαπάνες Χρηματοδότησης:		95
5.2.1.1 Δυσχέρειες		95
5.2.1.2 Πλεονεκτήματα		97
5.2.2 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας:		97
5.2.2.1 Δυσχέρειες		97
5.2.2.2 Πλεονεκτήματα		98
5.3 Προτάσεις		98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	103	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	149	

Κατάλογος Πινάκων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»	115
1.1 Κατηγορίες Μ.Ε.Θ	115
1.2 Βασικός Εξοπλισμός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	116
1.3 Ενδεικτική Στελέχωση Μ.Ε.Θ. με Βασικό Προσωπικό (Πολυδύναμης, 6 κλινών)	119
1.4 Τύπος Δαπάνης ανά Είδος Περίθαλψης	120
1.5 Υπηρεσίες ανά Στάδιο Νοσηλείας Ασθενούς	123
1.6 Βασικές Κατηγορίες Κόστους Λειτουργίας Μ.Ε.Θ.	125

Κατάλογος Διαγραμμάτων

4.1 Βασικοί Τύποι Περιστατικών που Περιθάλπονται από τις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	58
4.2 Τομείς των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	58
4.3 Κατανομή Ηλικιών των Ερωτηθέντων του Δείγματος	59
4.4 Κατανομή του Αριθμού Εργαζομένων στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	59
4.5 Έτη Προϋπηρεσίας των Ερωτηθέντων του Δείγματος σε Μ.Ε.Θ.	60
4.6 Φύλο των Ερωτηθέντων του Δείγματος	60
4.7 Επίπεδο Εκπαίδευσης των Ερωτηθέντων του Δείγματος	61
4.8 Ύπαρξη Υπεύθυνου Ελέγχου Δαπανών στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	61
4.9 Επιρροή της Φήμης του Νοσοκομείου των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	62
4.10 Επιρροή του Κλάδου του Νοσοκομείου των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	62
4.11 Επιρροή της Φήμης του Ιατρού που Εργάζεται στο Νοσοκομείο των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	63
4.12 Επιρροή της Οικονομικής Κατάστασης του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	63
4.13 Επιρροή του Είδους Ασθένειας του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	64
4.14 Επιρροή της Έκτασης Θεραπείας/ Νοσηλείας του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των Μ.Ε.Θ. του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης	64
4.15 Επιρροή στο Κόστος Περίθαλψης τιν Είδους του Φορέα Κάλυψης των Δαπανών Θεραπείας/ Νοσηλείας του Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	65
4.16 Επιρροή στο Κόστος Περίθαλψης τιν Τομέα του Φορέα Ασφάλισης των Δαπανών Περίθαλψης του Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	65
4.17 Επιρροή στο Ύψος Πληρωμών σε ΜΕΘ σε Σχέση με το αν η Κάλυψη των Εξόδων Περίθαλψης γίνεται Ατομικά από τον Ασθενή	66
4.18 Επιρροή της Μισθοδοσίας των Εργαζομένων στις ΜΕΘ στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	66
4.19 Επιρροή του Επιπλικού Νοσηλευτικού Εξοπλισμού στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	67
4.20 Επιρροή των Παροχών Κοινής Ωφελείας στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	67
4.21 Επιβάρυνση των Εργαστηριακών Εξετάσεων στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ.	68
4.22 Η Επιβάρυνση της Φαρμακευτικής Αγωγής (Φάρμακα, Σκευάσματα) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	68

4.23 Η Επιβάρυνση των Αναλώσιμων (Οροί, Αίμα, Σύριγγες κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	69
4.24 Η Επιβάρυνση του Ιματισμού (Ενδυμασίες, Στολές, Πυτζάμες, κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	69
4.25 Η Επιβάρυνση της Καθαριότητας (Αποστείρωσης, Καθαρισμός, Πλυντήρια κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	70
4.26 Η Επιβάρυνση της Διατροφής των Ασθενών (Γενική Διατροφή, Ειδικές Δίαιτες κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	70
4.27 Η Επιβάρυνση των Διοικητικών Εξόδων (Διαχείριση Αρχείου, Προσωπικού, Ασθενών, Αλληλογραφία κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	71
4.28 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Μισθούς Εργαζομένων στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	71
4.29 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Νοσηλευτικό Εξοπλισμό (Κρεβάτια κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	72
4.30 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Ιατρικό Εξοπλισμό (Ιατρικά Εργαλεία, Μηχανήματα κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	72
4.31 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Κατοχή, Χρήση και Συντήρηση του Κτιριακού Χώρου στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	73
4.32 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών Παροχών Κοινής Ωφελείας (Ρεύμα, Νερό, Τηλέφωνο κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	73
4.33 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Εργαστηριακές Εξετάσεις στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	74
4.34 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	74
4.35 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	75
4.36 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Ιματισμό (Ενδυμασίες, Στολές, Πυτζάμες κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	75
4.37 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Καθαριότητα (Αποστείρωση, Καθαρισμού, Πλυντήρια κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	76
4.38 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Διατροφή Ασθενών (Ειδικές Δίαιτες κλπ) στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	76
4.39 Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης για Διοικητικά στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	77
4.40 Ανάγκη το Προσωπικό να Ανανεώνεται στις Μ.Ε.Θ.	77
4.41 Ανάγκη Ανανέωσης του Ιατρικού Εξοπλισμού στις Μ.Ε.Θ.	78
4.42 Ανάγκη Ανακαίνισης του Χώρου και των Εγκαταστάσεων στις Μ.Ε.Θ.	78

4.43	Ανάγκη Αναβάθμισης του Νοσοκομειακού Εξοπλισμού, Έπιπλα κλπ στις Μ.Ε.Θ.	79
4.44	Ανάγκη Εξέλιξης των Διαδικασιών Περιθάλαξης στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	79
4.45	Ανάγκη Εξέλιξης των Φαρμακευτικών Αγωγών και των Φαρμάκων στις Μ.Ε.Θ.	80
4.46	Ανάγκη Εξέλιξης των Εργαστηριακών Εξετάσεων στις Μ.Ε.Θ.	80
4.47	Ανάγκη Αναβάθμισης των Διοικητικών Διαδικασιών στις Μ.Ε.Θ.	81
4.48	Ανάγκη Ανανέωσης του Ιματισμού και των Ενδυμασιών στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	81
4.49	Ανάγκη Ανανέωσης των Ειδικών Διατροφικών Μενού και Διαίτων στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	82
4.50	Ανάγκη Ανανέωσης των Διαδικασιών Καθαριότητας και Αποστείρωσης στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	82
4.51	Μηνιαίες Δαπάνες σε Μισθούς Εργαζομένων στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	83
4.52	Μηνιαίες Δαπάνες σε Νοσηλευτικό Εξοπλισμό, Έπιπλα κλπ στις Μ.Ε.Θ. του Δείγματος	83
4.53	Μηνιαίες Δαπάνες σε Κτιριακό Χώρο της Μ.Ε.Θ., Εγκαταστάσεις κλπ στις ΜΕΘ του Δείγματος	84
4.54	Μηνιαίες Δαπάνες σε Παροχές Κοινής Ωφελείας (Ρεύμα, Νερό, Τηλέφωνο κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	84
4.55	Μηνιαίες Δαπάνες σε Εργαστηριακές Εξετάσεις (Εξετάσεις, Ακτίνες κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	85
4.56	Μηνιαίες Δαπάνες σε Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα στις ΜΕΘ του Δείγματος	85
4.57	Μηνιαίες Δαπάνες σε Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	86
4.58	Μηνιαίες Δαπάνες σε Ιματισμός (Στολές, Ενδυμασίες κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	86
4.59	Μηνιαίες Δαπάνες σε Καθαριότητα (Αποστείρωση, Πλυντήρια κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	87
4.60	Μηνιαίες Δαπάνες σε Διατροφή (Γενική, Ειδικές Δίαιτες κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος	87
4.61	Μηνιαίες Δαπάνες σε Διοικητικά (Αρχείο, Προσωπικό. Αλληλογραφία) στις ΜΕΘ του Δείγματος	88
4.62	Έγκαιρη Πρόβλεψη των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος	88
4.63	Παρακολούθηση των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος	89
4.64	Περικοπές των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος	89
4.65	Εξοικονόμηση Πόρων από τις ΜΕΘ του Δείγματος	90
4.66	Εύρεση Πόρων από τις ΜΕΘ του Δείγματος	90
4.67	Εύρεση Εναλλακτικών Πόρων/ Λύσεων από τις ΜΕΘ του Δείγματος	91
4.68	Εύρεση Κρυφών Κοστών από τις ΜΕΘ του Δείγματος	91
4.69	Περιορισμοί Έκτακτων Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος	92
4.70	Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Υπερωρίες στις ΜΕΘ του Δείγματος	92

4.71 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Εργαστηριακές Εξετάσεις στις ΜΕΘ του Δείγματος	93
4.72 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Φάρμακα στις ΜΕΘ του Δείγματος	93
4.73 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναλώσιμα στις ΜΕΘ του Δείγματος	94
4.74 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αντικατάσταση Ιατρικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος	94
4.75 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναβάθμιση Ιατρικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος	95
4.76 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναβάθμιση Επιπλικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος	95
4.77 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Συντήρηση του Χώρου του Κτιρίου στις ΜΕΘ του Δείγματος	96
4.78 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Ανανέωση Ιματισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος	96
4.79 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναβάθμιση Διατροφής στις ΜΕΘ του Δείγματος	97
4.80 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Συντήρηση Κτιρίου των ΜΕΘ του Δείγματος	97
4.81 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Καθαριότητα και Πλυντήρια των ΜΕΘ του Δείγματος	98
4.82 Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Διοικητικά των ΜΕΘ του Δείγματος	98
4.83 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Μισθούς Χωρίς να Επηρεάζονται τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	99
4.84 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Νοσηλευτικό Εξοπλισμό (Επιπλα κλπ) Χωρίς να Επηρεάζονται τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	99
4.85 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Συντήρηση του Κτιριακού Χώρου της ΜΕΘ Χωρίς να Επηρεάζονται τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	100
4.86 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Παροχές Κοινής Ωφελείας (Ρεύμα, Νερό, Τηλέφωνο κλπ) της ΜΕΘ Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	100
4.87 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Εργαστηριακές Εξετάσεις (Ακτίνες, κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	101
4.88 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	101
4.89 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα. Σύριγγες, Γάντια κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	102
4.90 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Ιματισμό (Στολές, Πυτζάμες, κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	102
4.91 Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Καθαριότητα (Αποστείρωση, Πλυντήρια κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	103

4.92	Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Διατροφή των Ασθενών (Ποικιλία, Ειδικές Δίαιτες κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	103
4.93	Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Διοικητικά (Διαχείριση Αρχείου, Ασθενών, κλπ) Χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»		115
1.1	Τυπικό Ιεραρχικό Οργανόγραμμα Μ.Ε.Θ	126
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Β»		127
2.1	Μεταβολές της Απασχόλησης ανά Εργασιακό Κλάδο Χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015	127
2.2	Η Απασχόληση στο Κλάδο της Υγείας ως Ποσοστό της Παγκόσμιας Συνολικής Απασχόλησης (Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015	128
2.3	Αριθμός Ιατρών και Νοσηλευτών ανά 1000 Κατοίκους (Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015	129
2.4	Μεταβολή Αριθμού Ιατρών (Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 έως έτος 2015	130
2.5	Αναλογία Αριθμού Νοσηλευτών ανά Αριθμό Ιατρών (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	131
2.6	Πληθυσμιακή Κάλυψη με Ομάδα Βασικών Υπηρεσιών Υγείας(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	132
2.7	Πληθυσμιακή Κάλυψη ανά Κατηγορία Περίθαλψης με Ιδιωτική Ασφάλιση (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	133
2.8	Τάσεις στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Περίοδος Μελέτης: 2005 έως 2015	134
2.9	Δαπάνες Χρηματοδότησης της Υγείας ανά Τύπο Παρεχόμενης Υπηρεσίας (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	135
2.10	Αδυναμία Λήψης Ιατρικής Φροντίδας λόγω Κόστους της Υπηρεσίας (Περίοδος Μελέτης: έτος 2016	136
2.11	Δαπάνες σε Υγεία Ανάλογα του Τύπου Χρηματοδότησης (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	137
2.12	Κυβερνητικές Δαπάνες σε Υγεία από Εθνική Χρηματοδότηση και Παραπληρωματική Ασφάλιση ως Ποσοστό της Συνολικής Κυβερνητικής Δαπάνης (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	138
2.13	Κατά Κεφαλήν Δαπάνες σε Υγεία (Περίοδος Μελέτης: έτος 2016	139
2.14	Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης των κατά Κεφαλήν Δαπανών σε Υγεία (Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 και έτος 2016	140
2.15	Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης σε κατά Κεφαλήν Δαπάνες σε Υγεία ανά Παρεχόμενη Υπηρεσία (Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 και έτος 2015	141
2.16	Δαπάνες σε Υγεία ανά Φορέα / Πάροχο Υπηρεσίας (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	142
2.17	Δαπάνες Χρηματοδότησης Νοσοκομειακής Περίθαλψης ανά τύπο Παρεχόμενης Υπηρεσίας Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	143
2.18	Μεταβολές στις Απευθείας Πληρωμές Ποσοστό της Συνολικής Δαπάνης σε Υγεία (Περίοδος Μελέτης: έτος 2009 και έτος 2015	144
2.19	Ακαθάριστο Εισόδημα Κλάδου Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ (Περίοδος Μελέτης έτος: 2015	145
2.20	Ακαθάριστο Εισόδημα του Κλάδου Υγείας Επιλεγμένων Χωρών (Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 έως έτος 2016	146

2.21 Δαπάνες σε Υγεία ως Ποσοστό του ΑΕΠ (Περίοδος Μελέτης: έτος 2016	147
2.22 Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ Επιλεγμένων Χωρών (Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 έως έτος 2016	148
2.23 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα (Περίοδος Μελέτης: έτος 2009 έως έτος 2015	149
2.24 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ανά Φορέα (Περίοδος Μελέτης: έτος 2015	150
2.25 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ (Περίοδος Μελέτης: έτος 2000- 2016	151

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καλή υγεία ως πο λυτιμο προ ς διαφύλαξη αγαθό και θεμελιώδες δικαίωμα οδήγησε τις προηγμένες κοινωνίες στην δημιουργία οργανωμένων συστημάτων προστασίας, πρόληψης, αποκατάστασης και περίθαλψης της υγείας, τα οποία θεσμοθέτησαν, καθιέρωσαν και σε πολλές περιπτώσεις ενσωμάτωσαν στους κρατικούς μηχανισμούς δημιουργώντας τα Εθνικά Συστήματα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Τα συστήματα αυτά χρηματοδοτούνται από διάφορους φορείς (ιδιωτικά κεφάλαια, εργοδοτικές εισφορές, κλπ) αλλά και από την ίδια την πολιτεία (κρατικοί προϋπολογισμοί, φορολογία, κλπ). Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι χρηματοδοτήσεις των Συστημάτων Υγείας είτε δεν επαρκούν, είτε κρίνονται ασύμφωρες, με αποτέλεσμα στα Συστήματα Υγείας να δημιουργούνται ευκαιρίες και για τον ιδιωτικό τομέα.

Τα προβλήματα των Συστημάτων Υγείας και Ασφάλισης είναι πολλά και διαφορετικής φύσης ανά χώρα, ήπειρο, πολιτικό σύστημα και κοινωνία όπως η οικονομική δυσχέρεια, η υπανάπτυξη, η ύφεση, η ελλείψεις χρηματοδότηση, κενά στη νομοθεσία, η ανεπάρκεια ελέγχου των δαπανών, οι δυσαναλογίες ανάμεσα στα κόστη περίθαλψης και στη σοβαρότητα των παθήσεων, η πολυμορφία και αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας και ασφάλισης παγκοσμίως και άλλοι.

«There are nearly one million Americans who visit the emergency room each year because of dental pain at a cost that runs into the hundreds of millions». (Miles O'Brien June, 2012)¹

Η δήλωση του εκπροσώπου του καναλιού «PBS news» Miles O'Brien το 2012 μας δίνει μια γενική αίσθηση των διαστάσεων που το πρόβλημα τείνει να λάβει τις τελευταίες δεκαετίες με την ψαλίδα μεταξύ της σοβαρότητας των παθήσεων και του υψηλού τους κόστους θεραπείας στις ΗΠΑ διαρκώς να αυξάνει. Το πρόβλημα ωστόσο του δυσανάλογα με την πάθηση υψηλού κόστους περίθαλψης εμφανίζεται και στον ιδιωτικό τομέα υγείας όπως δηλώνει το 2013 ο Dr. Tony Iton σε συνέντευξη του για το ιδιωτικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ στη «The California Endowment Health Journalism Fellowships»: «When it comes to health, your zip code matters more than your genetic code». ²

¹ Miles O'Brien, 2012, «Dollars and Dentists», PBS News Hour (from the Frontline Segment, επισκεπτόμενο την 25 Νοε 2017, διαθέσιμο στο: <<http://www.pbs.org/wgbh/frontline/film/dollars-and-dentists/>>

² Dr. Tony Iton – The California Endowment Health Journalism Fellowships 2013 [as tweeted by @taralohan here at #cehjf13]

Ο φαινόμενο αυτό συμπαρασύρει τις κυβερνήσεις σε ένα ατέρμονο κύκλο χρηματοδοτήσεων των δαπανών σε υγεία κάτι που πολλαπλασιάζει τις επιδράσεις του και το καθιερώνει ως παθογένεια.

Το οξύμωρο σχήμα του φαινομένου (υψηλού κόστος περίθαλψης σε χαμηλής βαρύτητας και όγκο περιστατικών και διόγκωση των κυβερνητικών δαπανών χρηματοδότησης σε υγεία) προκαλεί το ενδιαφέρον λόγω της εμφάνισης παρόμοιου φαινομένου στην Ελλάδα και στην Ευρώπη και σε τμήματα που ασχολούνται «εξορισμού» με βαριά υψηλού κόστος περιστατικά υγείας όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

Το ενδιαφέρον να διαπιστώσουμε την έκταση και τα αίτια του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό και στον Ευρωπαϊκό χώρο οδήγησε στην δευτερογενή του αρχικά έρευνα (βιβλιογραφία, μελέτες, έρευνες) και ακολούθως στη πρωτογενή του έρευνα επικεντρωμένο όμως σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στα επόμενα κεφάλαια.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να εντοπιστεί το μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, να εξαχθούν συμπεράσματα και να εντοπιστούν πιθανές λύσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Συστήματα & Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Γενικά

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη αναφορά στις βασικότερες έννοιες, όρους και δομές σε ότι αφορά στο τομέα της υγείας, στα υφιστάμενα μοντέλα πρόληψης και φροντίδας που οι χώρες υιοθετούν για την κάλυψη των εθνικών τους αναγκών σε δημόσια και ιδιωτική υγεία, εργασιακή υγιεινή και ασφάλεια. Επίσης αναφορά γίνεται στις δαπάνες υγείας και στα αντικείμενα που συνδέονται προκειμένου να αποδοθεί συνοπτικά η εικόνα των κέντρων κόστους στο τομέα της υγείας.

Σκοπός είναι να γίνει κατανοητή η αντιστοιχία των δαπανών χρηματοδότησης της υγείας με τα διάφορα κέντρα κόστους του τομέα υγείας που τις απορροφούν.

1.2 Συστήματα Υγείας

1.2.1 Εννοιολογικοί Ορισμοί

Γενικότερα η έννοια του συστήματος παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους με ένα προκαθορισμένο τρόπο και φιλοσοφία ώστε τα μέρη του να συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να εκτελεί ολοκληρωμένα μία συγκεκριμένη λειτουργία ή ομάδα λειτουργιών. Η εξέλιξη του όρου παραπέμπει πλέον στο ενιαίο σύνολο, το οποίο έχει τη δική του λειτουργία και πλέον δεν είναι απλά ένα άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων (Λιαρόπουλου Α., Μουρδουκούτας Μ., 2007)

Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας γενικά ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, με πρωταρχικό σκοπό τη προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση υγείας» ενώ πιο συγκεκριμένα το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύστημα με έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης πόρων του τομέα της υγείας, (προσωπικό και υλικό) που στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας προσπαθεί να βελτιώνει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μέσα από μια οργανωμένη και προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα Συστήματα Υγείας διαχωρίζονται σε:

- α. Εθνικά (National)
- β. Περιφερειακά (Regional)
- γ. Δημόσια (Public)
- δ. Ιδιωτικά (Private)

ε. Κλαδικά (Sectorial)

Οι διαφορές τους περιορίζονται στην εμβέλεια και στο είδος των δικαιούχων, στο καθεστώς ιδιοκτησίας και διοίκησης της δομής και των παροχών και στην προέλευση της χρηματοδότησης.

Για κάθε περίπτωση ξεχωριστά, υπάρχει νομοθετική πρόβλεψη που καθορίζει τις προϋποθέσεις, απαιτήσεις και περιορισμούς ενώ δίνονται οι απαραίτητες κατευθύνσεις σε ότι αφορά στις εγκαταστάσεις, στον εξοπλισμό, στο προσωπικό, στη λειτουργία, στις υπηρεσίες, κλπ.

Οι πληρωμές των υπηρεσιών και η χρηματοδότηση των συστημάτων καθορίζονται νομοθετικά και διαχωρίζονται σε μερικές ή ολικές πληρωμές απευθείας από τους ασθενείς με καθόλου, πλήρη ή μερική κάλυψη των δαπανών από κάποιο συμβεβλημένο δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα είτε συνδυασμό αυτών. Οι ασφαλιστικές καλύψεις αφορούν κυρίως σε ανάγκες πρόληψης και θεραπείας της υγείας όπως για παράδειγμα:

- α. Φάρμακα και Ιατρικά Σκευάσματα
- β. Ιατρική Εξέταση και Θεραπεία
- γ. Εργαστηριακές Εξετάσεις
- δ. Νοσηλεία
- ε. Ειδική θεραπεία (Χειρουργική Επέμβαση, Γέννα κλπ)
- στ. Φυσιοθεραπεία και Αποκατάσταση Υγείας
- ζ. Ψυχοθεραπεία

Υπάρχουν ασφαλιστικά συστήματα υγείας που καλύπτουν περισσότερες ανάγκες και περιπτώσεις δαπάνης όπως μεταφορές για θεραπεία στο εξωτερικό, μερικές ή ολικές αποζημιώσεις, κατοίκων νοσηλεία, αποκλειστική νοσοκόμα κλπ.

1.3 Κατηγορίες Συστημάτων Υγείας

Οι επιμέρους κατηγορίες των συστημάτων υγείας ανάλογα με το φορέα ελέγχου, χρηματοδότησης και κάλυψης των δαπανών πιο αναλυτικά είναι:

1.3.1 Ιδιωτικά Συστήματα Υγείας

Τα ιδιωτικά συστήματα υγείας καλύπτουν εκείνες τις περιπτώσεις όπου:³

- α. Δεν προβλέπεται καμία δημόσια ασφάλιση υγείας
- β. Δεν προβλέπεται δημόσια ή δωρεάν περίθαλψη
- γ. Προβλέπεται δημόσια ασφάλιση αλλά ο ασθενής δεν δικαιούται κάλυψη
- δ. Προβλέπεται δημόσια ασφάλιση αλλά ο ασθενής έχει επιλέξει να εξαιρεθεί

³ OECD (2004) and Thomson S, Mossialos E. (2004).

ε. Ο ασθενής επιθυμεί να υπερκαλύψει (Dublicate) την δημόσια του ασφάλιση ενισχύοντας την με επιπλέον καλύψεις χωρίς να ακυρώνει ή χάνει την δημόσια του κάλυψη όπως υψηλού επιπέδου ή επιμήκυνση της νοσηλείας, κλπ.(Επικαλυπτική)

στ. Ο ασθενής επιθυμεί να παραπληρώσει (Complement) την δημόσια του ασφάλιση όπου απαιτείται η ιδιωτική ασφάλιση να συμμετέχει παραπληρωματικά πλήρως ή μερικά σε επιπρόσθετα, σε εναπομείναντα ή σε παράπλευρα κόστη απαιτούμενα θεραπευτικά σχήματα (Παραπληρωματική)

ζ. Ο ασθενής επιθυμεί να συμπληρώσει (Supplement) την δημόσια του ασφάλιση σε περιπτώσεις που δεν καλύπτονται από την δημόσια ασφάλιση ή όπου οι επιλογές θεραπευτικής αγωγής είναι υποτυπώδεις ή περιορισμένες ⁴(Συμπληρωματική)

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας προϋποθέτει περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην λειτουργία του ως προς το φορέα και την διαδικασία παροχής των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και της ελευθερίας επιλογής από τους πολίτες του φορέα, του είδους των υπηρεσιών και των τιμών.

Τα ιδιωτικά συστήματα υγείας είτε καλύπτουν αμιγώς την ασφάλιση σε υγεία των πολιτών ή συμπληρώνουν μερικώς την δημόσια κάλυψη (χρηματική ή είδος και επίπεδο περίθαλψης) ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του ασθενή.

1.3.2 Περιφερειακά και Κλαδικά Συστήματα Υγείας

Είναι συστήματα υγείας με προκαθορισμένη γεωγραφική ή διαμερισματική περιοχή κάλυψης δικαιούχων, είδος δικαιούχων, επαγγελματικούς κλάδους, ιδιαίτερο καθεστώς ιδιοκτησίας και διοίκησης των μέσων και των εξοπλισμών των συστημάτων αυτών.

Η προέλευση της χρηματοδότησης μπορεί να είναι εθνική, κλαδική ή τοπική και να αφορούν σε ιδιαίτερες γεωγραφικές περιοχές και διαμερίσματα, ειδικές πηγές χρηματοδότησης, επενδυτές κλπ.

Οι περιπτώσεις αυτές ωστόσο προβλέπονται νομοθετικά με ειδικές διατάξεις που καθορίζουν τις προϋποθέσεις, απαιτήσεις και περιορισμούς λειτουργίας ενώ δίνονται οι απαραίτητες κατευθύνσεις σε ότι αφορά στις παροχές και καλύψεις.

1.3.3 Εθνικά ή Δημόσια Συστήματα Υγείας

Τα εθνικά συστήματα υγείας αποτελούν οργανωμένες και δομημένες προσπάθειες των ανεπτυγμένων κυρίως κρατών να υποστηρίξουν το πληθυσμό τους απέναντι στα:

⁴ Επιπρόσθετη ασφαλιστική κάλυψη για τυχόν μερική κάλυψη του επιπλέον κόστους κύριας κάλυψης υπηρεσιών (Παραπληρωματική Κάλυψη- Complementary Insurance), επαύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Συμπληρωματική Κάλυψη- Supplementary Insurance), επιτάχυνση ή επαύξηση των φορέων παροχής (Επικάλυψη - Duplicate insurance).

- α. Σοβαρές παθήσεις, μεταδοτικές και ανίατες νόσους, εργατικά και μη ατυχήματα και γενικά απειλών ή προβλημάτων υγείας
- β. Ανάγκη για θεραπεία των νοσούντων και αποκατάσταση
- γ. Φροντίδα και πρόληψη για προστασία της υγείας
- δ. Οικονομικές δαπάνες για θεραπείες, φάρμακα, εξοπλισμό, αμοιβές ιατρικής περίθαλψης κλπ.

Από τα 200 κράτη σε παγκόσμια κλίμακα, τα 40 περίπου έχουν αναπτύξει εθνικά συστήματα περίθαλψης της υγείας καθώς τα περισσότερα είναι οικονομικά φτωχά ή ανοργάνωτα για παροχή περίθαλψης σε μαζική κλίμακα.

1.4 Μοντέλα Υγείας

Αν και τα καθιερωμένα σε παγκόσμια κλίμακα συστήματα υγείας διαφέρουν αρκετά, είναι εφικτή η ομαδοποίηση των κοινών τους χαρακτηριστικών που επιτρέπει στη συνέχεια την κατηγοριοποίηση τους. Σε συνέντευξη του T.R. Reid στην C-SPAN⁵ το 2009 για τα παγκόσμια συστήματα υγείας, αναφέρει τα ακόλουθα μοντέλα ως τα πιο διαδεδομένα πάνω στα οποία στηρίζονται τα υπόλοιπα μοντέλα παγκοσμίως: ⁶

- α. Το Βρετανικό μοντέλο Beveridge
- β. Το Γερμανικό μοντέλο Bismarck
- γ. Το Καναδικό Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης
- δ. Το Αμερικάνικο μοντέλο Out of Pocket
- ε. Μικρές παραλλαγές των μοντέλων Beveridge και Bismarck (Ιταλικό, Γαλλικό, Ολλανδικό) ⁷

Αντίθετα ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)⁸ περιορίζεται σε τρία βασικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας:

- α. Την Εθνική Υπηρεσία Υγείας, (NHS-National Health Service), μοντέλο της Βρετανίας και Ισπανίας
- β. Το Σύστημα Ασφάλισης της Υγείας (NHI- National Health Insurance) μέσω Κεφαλαίων Ασθένειας, μοντέλο της Γερμανίας και Γαλλίας
- γ. Το Αποκλειστικού Χρηματοδότη Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας, (One Payer National Health Insurance), μοντέλο του Καναδά, Δανίας, Νορβηγίας και Σουηδίας

⁵ <https://www.c-span.org/video/?288559-1/qa-tr-reid>

⁶ Γ. Τούντα Μελέτη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

⁷ Health View, (2009), Συστήματα Υγείας, διαθέσιμο στο: <<http://www.healthview.gr/1260/συστήματα-υγείας/>>, επισκεπτόμενο την 12 Νοε 2017

⁸ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

1.4.1 Διεθνή Μοντέλα Υγείας και Χώρες Εφαρμογής

Τα μοντέλα υγείας ανά χώρα ίδρυσης και εφαρμογής και μερικές παραλλαγές τους περιγράφονται αναλυτικά ως ακολούθως:

1.4.1.1 Το Βρετανικό Μοντέλο Beveridge

Πήρε το όνομα του από τον εμπνευστή του Βρετανό William Beveridge κατά το σχεδιασμό της Βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας όπου η περίθαλψη παρέχεται και χρηματοδοτείται αποκλειστικά μέσω της φορολόγησης (σχεδόν το 79 %) από την κυβέρνηση 16% από την κοινωνική ασφάλιση και 5% από ιδιωτικές πληρωμές.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ανήκουν ιδιοκτησιακά και λειτουργικά στο δημόσιο παρόλο που υπάρχουν και ιδιωτικά και όλες οι πληρωμές γίνονται από την κυβέρνηση και το ιατρικό προσωπικό είναι μισθωτό.

Βασική αρχή του μοντέλου είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Με το αγγλικό μοντέλο δεν γίνονται απευθείας πληρωμές από τους πολίτες καθώς αποκλειστικός αγοραστής ορίζεται η πολιτεία η οποία και καθορίζει «τι» και «με τι κόστος» λειτουργούν οι ιατροί και τα ιδρύματα. Το μοντέλο αυτό του «Αποκλειστικού Αγοραστή Εθνική Υπηρεσία Υγείας» βρίσκει εφαρμογή στην Βρετανία, Ισπανία, Νέα Ζηλανδία, Χόνγκ Κονγκ και σε μεγάλο βαθμό στη Κούβα.

1.4.1.2 Το Γερμανικό ή Ηπειρωτικό Μοντέλο Bismarck

Πήρε το όνομα του εμπνευστή του, Otto von Bismarck και αποτελεί ένα ασφαλιστικό σύστημα που αποκαλείται «Sickness Fund- Κεφάλαιο Ασθενείας» μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα χρηματοδοτούμενο από αμοιβαίες κρατήσεις στη μισθοδοσία των εργαζομένων και των εργοδοτών, σχεδιασμένο να καλύπτει όλους τους πολίτες.

Η βασική ιδέα του μοντέλου είναι η αυτονομία και η αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων όπου παρόλο που νοσοκομεία και ιατροί τείνουν να είναι ιδιωτικοί και οι φορείς υγείας πολλαπλοί, οι πληρωμές γίνονται μέσω των «κεφαλαίων ασθενείας» ή «sickness funds» (στη Γερμανία υφίστανται 240 τέτοια κεφάλαια) με καθορισμένες τιμές, οι οποίες προσδιορίζονται διαπραγματευτικά με τα κεφάλαια κάθε χρόνο. Την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν οι αρχές των δεκαέξι κρατιδίων, που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς.

Οι δαπάνες υγείας καλύπτονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το 24,5% από ιδιωτικές δαπάνες. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.

Το μοντέλο καλύπτει καθολικά όλους τους πολίτες και τελεί υπό αυστηρούς κανόνες και νόμους πράγμα που προσδίδει στην πολιτεία μεγάλο μέρος του ελέγχου του κόστους θεραπείας.

Το μοντέλο αυτό «Κοινωνικής Ασφάλισης ή Κεφαλαίων Ασθενείας» βρίσκει εφαρμογή στην Γερμανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Ιαπωνία, Ελβετία και Λατινική Αμερική.

1.4.1.3 Το Καναδικό Μοντέλο Εθνικής Ασφάλισης Υγείας

Στο μοντέλο αυτό συναντούνται στοιχεία και από τα δύο προηγούμενα όπου η παρεχόμενη περίθαλψη γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα που αποζημιώνεται από κρατικό σύστημα ασφάλισης το οποίο χρηματοδοτείται από τους πολίτες κυρίως από τη γενική φορολογία (89,6%), οι υπόλοιποι πόροι από ιδιωτική ασφάλιση ενώ πρόσθετες παροχές χρηματοδοτούνται από εργοδότες.

Λόγω του μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του συστήματος ασφάλισης, της επικεντρωμένης δημόσιας διοίκησης του, της καθολικής ισχύος του, της μη ανάγκης προώθησης και διαφήμισης του και της εύκολης ανταπόκρισης σε οικονομικές διεκδικήσεις ασθενών αποδεικνύεται μοντέλο χαμηλού κόστους εφαρμογής και διοίκησης.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς, που λειτουργούν υπό την ευθύνη 12 περιφερειακών αρχών. Η πολιτεία ως αποκλειστικός αγοραστής και διοικητής του κατέχει σημαντική διαπραγματευτική ισχύ, παρόλο που οι περισσότεροι ιατροί είναι ιδιώτες, πιέζοντας τις τιμές ενώ ο έλεγχος του κόστους επιτυγχάνεται μέσω περιορισμών των ιατρικών καλύψεων ή μέσω καθυστερήσεων περίθαλψης ασθενών.

Οι περισσότεροι γιατροί είναι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί που πληρώνονται από τις τοπικές αρχές αφού κατά το 99% ανήκουν στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οικογενειακοί γιατροί και κοινοτικά κέντρα υγείας παρέχουν τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι οποίοι ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ πολλοί ειδικοί γιατροί ασκούν και ιδιωτική ιατρική, συνεργαζόμενοι με νοσοκομεία. Το 95% των νοσοκομείων είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, που διοικούνται από τις τοπικές αρχές ή διοικητικά συμβούλια κοινωφελών οργανισμών ενώ τα κερδοσκοπικά ιδρύματα περιορίζονται στον τομέα των χρονίως πασχόντων ή ειδικών κέντρων αποτοξίνωσης κλπ και οι δαπάνες χρηματοδοτούνται από τοπικές αρχές βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών.

Επίσης υπάρχει πρόβλεψη για πρόληψη και προαγωγή της υγείας μέσω εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως «φροντίδα στην κοινότητα» (community care) και «μονάδες άμεσης πρόσβασης» (one-stop-shopping).

Το μοντέλο αυτό «Εθνικής Ασφάλισης Υγείας» βρίσκει εφαρμογή στο Καναδά, Ταϊβάν, Νότια Κορέα, Δανία, Νορβηγία και Σουηδία.

1.4.1.4 Το Αμερικανικό Μοντέλο Out of Pocket

Αποτελεί το αμερικάνικο μοντέλο που εμπεριέχει στοιχεία από όλες τις μορφές περίθαλψης σε συνδυασμό με την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς.

Το κράτος καταβάλλει χρήματα για την αγορά υπηρεσιών υγείας για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Η κρατική παρέμβαση συνίσταται κυρίως στην καταβολή χρημάτων για την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (πρόγραμμα Medicaid). Αυτό σημαίνει ότι, σε πολίτες που έχουν συνεισφέρει στην πατρίδα (Βετεράνους, κοινοβουλευτικούς κλπ) υπάρχει πρόβλεψη για δωρεάν κοινωνική ασφάλιση υγείας (Μοντέλο Beveridge), για ευπαθείς μόνο ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, μητέρες με χαμηλό εισόδημα) και τους άνω των 65 ετών μέσω εθνικού συστήματος ασφάλισης (Μοντέλο Εθνικής Ασφάλισης Υγείας). Συγκεκριμένα καλύπτονται από τα προγράμματα Medicare και Medicaid. Για εργαζόμενους που ασφαλίζονται από την εργασία τους υπάρχει πρόβλεψη ασφάλισης μέσω κεφαλαίων ασθένειας (Μοντέλο Bismarck). Για τους υπόλοιπους ανασφάλιστους, ανέργους, πτωχούς το σύστημα ασφάλισης δεν προβλέπει καμιά παροχή πλην των επειγόντων περιστατικών σε δημόσιο νοσοκομείο με έμφαση όμως στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική. Το 65% του πληθυσμού στις ΗΠΑ έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.

Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, (χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid) και το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές). Τελευταία έχουν εμφανιστεί συνδρομητικά ιατροασφαλιστικά συμπλέγματα συστημάτων υγείας (managed care), παρέχουν πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη έναντι προκαθορισμένης μηνιαίας ή ετήσιας συνδρομής.

Οι περισσότεροι γιατροί αμείβονται κατά αποκοπή υπό το καθεστώς όμως αυστηρών ποινικών κυρώσεων και ελέγχων των αμοιβών όσο και του περιεχόμενου της πρακτικής τους. Ιδιώτες γιατροί σε ιδιωτικά ιατρεία παρέχουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το «προσανατολισμένο στην αγορά» μοντέλο αυτό ασφάλισης βρίσκει εφαρμογή στις ΗΠΑ λόγω ποικιλίας και μεγάλης διαφοράς των κοινωνικών τάξεων και εισοδημάτων.

1.4.1.5 Το Ιταλικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Beveridge

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας είναι αποκεντρωμένο και οι αρχές κάθε περιφέρειας ασκούν τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται δωρεάν.

Τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι δημόσια αλλά υπάρχουν ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς και δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών ερευνητικών νοσοκομείων, που χρηματοδοτούνται από το κράτος για την ανάπτυξη της έρευνας και της κλινικής πρακτικής.

Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας γίνεται από τις περιφέρειες με σφαιρικούς προϋπολογισμούς ενώ η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από ιδιώτες γενικούς γιατρούς εκτός Ε.Σ.Υ. ενώ οι εντός Ε.Σ.Υ. αμείβονται με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, που βασίζεται σε κατά κεφαλή αποδοχές ανάλογα με το μέγεθος της λίστας κάθε γιατρού ή κατ' αποκοπή,

1.4.1.6 Το Γαλλικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Bismarck

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία χρηματοδοτείται 76% μέσω υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (με ποσοστό 19% από καλύψεις εργοδοσίας και εργαζομένων) και 24% από ιδιωτική ασφάλιση υπό ισχυρό όμως κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γαλλικών νοσοκομείων (64,7%) ανήκουν στο δημόσιο, ενώ μικρότερο (15,3%) ανήκει στον ιδιωτικό τομέα ενώ μέρος (20%) ανήκει και σε μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς οργανισμούς.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων νοσοκομειακών (90%) αμείβεται από τους προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο (10%) από ιδιωτικές πληρωμές.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς ενώ υφίστανται ιατρικά πρωτόκολλα έλεγχοι (ίδρυση ειδικού ελεγκτικού φορέα (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Sante) και ποινές για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αμείβονται κατ' αποκοπή.

1.4.1.7 Το Ισπανικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Beveridge

Το Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει δωρεάν πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης στους πολίτες.

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία από περιφερειακούς προϋπολογισμούς υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό για καθεμιά από τις δεκαεπτά ημιαυτόνομες περιφέρειες.

Σε κάθε περιφέρεια αρμόδια όργανα διοικούν τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εντάσσονται σε διαφορετικές «περιοχές» υγείας (health areas), που χωρίζονται σε ζώνες (health zones) κατοίκων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς σε δημόσια κέντρα υγείας που αντιστοιχούν σε «ζώνες υγείας», η οποία έχει την ευθύνη διοίκησής του.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) των νοσοκομείων της Ισπανίας είναι δημόσια και μικρότερο (20%) είναι ιδιωτικά που λειτουργούν αυτόνομα με ξεχωριστή διοίκηση.

1.4.1.8 Το Σκανδιναβικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Beveridge

Στη Σουηδία υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας με περιφερειακή οργάνωση. Η χρηματοδότηση καλύπτεται από τις τοπικές αρχές από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση (78%) και από ιδιωτικές πληρωμές (22%) ενώ η ιδιωτική ασφάλιση δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία.

Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από εικοσιένα περιφερειακά και 289 δημοτικά συμβούλια τοπικών αρχών και ορισμένες περιπτώσεις διοίκησης νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, με ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης που χωρίζονται σε υποτομείς, που αντιστοιχούν στους επιμέρους δήμους της χώρας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς και κέντρα υγείας ενώ το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών είναι γενικοί γιατροί, νοσοκομειακοί έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι ή αμείβονται κατά κεφαλή και ένα μικρότερο (15%) είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

1.4.1.9 Το Ολλανδικό Μοντέλο, Παραλλαγή του Μοντέλου Bismarck

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ολλανδία καλύπτει το 100% του πληθυσμού για χρόνια νοσήματα αλλά για οξεία περιστατικά μόνο το 70% με αποτέλεσμα το υπόλοιπο τμήμα (κυρίως υψηλόμισθοι) να καλύπτεται από επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι των περιφερειακών υπηρεσιών (5% του πληθυσμού) καλύπτονται από δικό τους ξεχωριστό ασφαλιστικό σχήμα.

Τα νοσοκομεία στην Ολλανδία είναι κυρίως ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών και χρηματοδοτούνται από σφαιρικούς προϋπολογισμούς, μετά από διαπραγματεύσεις της κυβέρνησης με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γενικούς γιατρούς, με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσμού, που εργάζονται μόνοι τους (54%) ή ομαδικά (46%).

1.4.1.10 Το Ελληνικό Μοντέλο, Μεικτό Μοντέλο

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 με κύριο υπεύθυνο για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας το υπουργείο υγείας.

Το σύστημα στο μεγαλύτερο του μέρος στηρίζεται χρηματοδοτικά στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ενώ το υπόλοιπο στην φορολογία. ότι δεν μπορεί να καλυφθεί εθνικά καλύπτεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιδιωτικό τομέα.

Το σύστημα προσφέρει πλήρη κάλυψη ιατροφαρμακευτικής, νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης σε όλο το πληθυσμό και ίση πρόσβαση στην υγεία, ισότιμη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας μέσω αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αποκέντρωση.

1.5 Ειδικές Υπηρεσίες Περίθαλψης

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναλύθηκαν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με τις συνδεδεμένες με αυτές δαπάνες προκειμένου να κατανοήσουμε τη λειτουργία των μοντέλων συστημάτων υγείας και των ιδιοτεροτήτων τους σε ότι αφορά στη χρηματοδότηση των παρεχόμενων καλύψεων σε υπηρεσίες και ανάγκες υγείας σε νοσηλευτικά και θεραπευτικά τμήματα όλων των ειδικοτήτων και παθήσεων. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι υπηρεσίες υγείας ειδικού τύπου οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Intensive Care Units) προκειμένου να γίνουν αντιληπτά τα χαρακτηριστικά της έρευνας της παρούσας διατριβής και τα αποτελέσματα της.

1.5.1 Εντατική Θεραπεία

Η φύση του περιστατικού, το είδος της θεραπείας και η απαιτούμενη περίθαλψη που πρέπει να παρασχεθεί σε πάσχοντες που προέρχονται από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, πολυτραυματίες από κέντρα ατυχημάτων, νοσηλεύόμενοι με ειδικά παθολογικά νοσήματα, ασθενείς που προέρχονται από χειρουργεία, από μαιευτήρια, από γενικές νοσηλευτικές μονάδες, περιστατικά που απαιτούν διασωλήνωση ή προσωρινή υποκατάσταση ζωτικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα παθήσεις και περιστατικά που απειλούν με θάνατο ή ανήκεστη βλάβη της υγείας απαιτούν εξειδικευμένη υποστήριξη και συνεχή φροντίδα.

1.5.2 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) είναι ειδικοί νοσηλευτικοί χώροι όπου παρέχεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συνεχούς και αδιάσπαστης παρακολούθησης, φροντίδας και θεραπείας σε ασθενείς που οι ζωτικές τους λειτουργίες βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση⁹.

1.5.2.1 Ρόλος & Αποστολή των Μ.Ε.Θ.

Αρμόδια τμήματα νοσηλείας, ειδικά σχεδιασμένα για εξειδικευμένη υποστήριξη και συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα, ικανά να παρέχουν άμεσα, υψηλού επιπέδου εξειδικευμένες

⁹ Π.Δ. 517/91, ΦΕΚ Α' 202/24.12.19910

υπηρεσίες αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών υγείας σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους του νοσοκομείου, στελεχωμένους από εξειδικευμένο και υψηλά καταρτισμένο προσωπικό σε 24ωρη/7ήμερη/365ήμερη ετοιμότητα αποτελούν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) των νοσοκομείων.

Οι Μ.Ε.Θ. είναι διαφόρων ειδών και ειδικοτήτων ανάλογα με τη φύση των περιστατικών που αναλαμβάνουν και μπορεί να είναι πολυδύναμη ώστε να καλύπτει πολλές ειδικότητες ή ειδική και να καλύπτει μόνο μία ειδικότητα. Οι επιμέρους κατηγορίες που οι Μ.Ε.Θ. διακρίνονται ανάλογα με την ειδικότητα τους δίνονται στο Πίνακα 1.1. του Παραρτήματος «Α».

1.5.2.1.1 Δομή και Οργάνωση

Σε ότι αφορά στη δομή και στην οργάνωση τους, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ανεξαρτήτου ειδικότητας χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα:

1.5.2.1.1.1 Δομή

Είναι εγκατεστημένες σε ειδικά χωροταξικά σχεδιασμένους χώρους, εξοπλισμένες και στελεχωμένες κατάλληλα προκειμένου να μπορούν να παρέχουν βέλτιστη δυνατή παρακολούθηση και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών των νοσηλευόμενων σε αυτές ασθενών όπως καρδιακού παλμού, πίεση, αναπνευστική λειτουργία, αποβολή υγρών, περιεκτικότητα οξυγόνου, θερμοκρασία σώματος, κλπ αλλά και της πορείας της παρασχεθείσας θεραπείας επί εικοσιτετράωρης βάσης.

Χωροταξικά υπάρχουν νομοθετημένες προβλέψεις για τις Μ.Ε.Θ. σε ότι αφορά στα:

- α. Θέση
- β. Μέγεθος και επιφάνεια
- γ. Έκταση χώρων και χωροθεσία αιθουσών
- δ. Δυναμικότητα σε κλίνες
- ε. Χωροταξικό διάγραμμα διάταξης των κλινών
- στ. Εγκαταστάσεις ελέγχου των συνθηκών περιβάλλοντος¹⁰
- ζ. Εγκαταστάσεις ηλεκτροδότησης¹¹, ύδρευσης¹² και αποχέτευσης¹³
- η. Εγκαταστάσεις ιατρικών αερίων¹⁴ (οξυγόνο, πρωτοξείδιο του αζώτου, πεπιεσμένου αέρα, αναρρόφησης)¹⁵
- θ. Αποστείρωση

¹⁰ ΤΟΤΕΕ 2421/1986, 2423/1986, 2425/1986

¹¹ Γερμανικός Κανονισμός VDE 107

¹² ΤΟΤΕΕ 2411/1986

¹³ ΤΟΤΕΕ 2412/1986

¹⁴ ΤΟΤΕΕ 2491/1986

¹⁵ ΤΟΤΕΕ 2491/86

ι. Πυρασφάλεια¹⁶

1.5.2.1.1.2 Οργάνωση

Οι Μ.Ε.Θ. για τον καλύτερο συντονισμό λειτουργίας τους είναι οργανωμένες ιεραρχικά προκειμένου να είναι διακριτά τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες, το επίπεδο ιεραρχίας και εξουσίας και οι ροές επικοινωνίας. (Διάγραμμα 1.1, Παράρτημα «Α»)

α. Εσωτερική Οργάνωση

Ανάλογα με τις λειτουργικές τους δραστηριότητες η εσωτερική οργάνωση των μονάδων επιμερίζεται στους ακόλουθους τομείς:

- 1). Νοσηλείας που περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την νοσηλεία των ασθενών
- 2). Διοίκησης Προσωπικού που περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τη στελέχωση και τα θέματα του προσωπικού
- 3). Διερχόμενων που περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς επισκέπτες της μονάδας και τα απαιτούμενα μέτρα προφύλαξης
- 4). Διοίκησης που περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με θέματα διοίκησης της μονάδας σε σχέση με το ευρύτερο πλαίσιο οργάνωσης και διοίκησης του νοσοκομείου
- 5). Ιατρικής Έρευνας που περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την ιατροφαρμακευτική έρευνα και μελέτη

β. Εξωτερική Οργάνωση

Ανάλογα με τις δραστηριότητες τους η εξωτερική οργάνωση των μονάδων επικεντρώνεται στα ακόλουθα:

- 1). Συνεργασία με τα τμήματα γενικής και ειδικής νοσηλείας για την μετακίνηση ασθενών από και προς τους θαλάμους νοσηλείας
- 2). Συνεργασία με τα εσωτερικά εργαστήρια για την λήψη εξετάσεων (микροβιολογικών, ακτινογραφιών, βιοψίες κλπ)
- 3). Συνεργασία με το τμήμα αιμοδοσίας για λήψη αναλώσιμων (αίμα, αιμοπετάλια κλπ)
- 4). Συνεργασία με το τμήμα αποστείρωσης
- 5). Συνεργασία με το φαρμακείο
- 6). Συνεργασία με το γραφείο κίνησης ασθενών, λογιστήριο, διοίκηση
- 7). Συνεργασία με τα τμήματα συντήρησης εγκαταστάσεων και εξοπλισμού

¹⁶ Π.Δ. 71/1988

1.5.2.1.1.3 Εξοπλισμός

Προβλέπεται νομοθετημένα πρόβλεψη για το βασικό πάγιο και φορητό εξοπλισμό που πρέπει να διατίθεται κατ' ελάχιστο στις μονάδες Μ.Ε.Θ. ανάλογα με την ειδικότητα τους, για την υποστήριξη των εξειδικευμένων θεραπευτικών και νοσηλευτικών τους υπηρεσιών ενώ για τις καθημερινές τους ανάγκες σε αίμα, ορούς, επιδέσμους, σύριγγες κλπ. προβλέπεται εφοδιασμός με τα απαραίτητα αναλώσιμα νοσοκομειακά υλικά.

Ο ελάχιστος προβλεπόμενος βασικός εξοπλισμός (Πίνακας 1.2., Παράρτημα «Α») καλύπτει όλες τις ανάγκες των μονάδων σε θεραπεία και περίθαλψη ανεξαρτήτου ειδικότητας καθώς είναι υψηλής τεχνολογίας και τους παρέχει αυτονομία.

1.5.2.1.2 Λειτουργία των Μ.Ε.Θ.

Σε ότι αφορά στα θέματα λειτουργίας των μονάδων από πλευράς επιχειρησιακής λειτουργίας και αποτελεσμάτων οι Μ.Ε.Θ. καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο λειτουργικών δραστηριοτήτων, διεκδικούν ένα σημαντικό μέρος από τους διαθέσιμους οικονομικούς και μη πόρους του νοσηλευτικού ιδρύματος και κατ' επέκταση του Ε.Σ.Υ. ή του υπενδεδυμένου ιδιωτικού κεφαλαίου και προκαλούν κόστη και δαπάνες από τους λειτουργούντες- προσφέροντες τις υπηρεσίες των μονάδων και τους χρήστες, λήπτες των υπηρεσιών ωφέλειας αυτών. Ακολούθως αναλύονται οι Μ.Ε.Θ. σε ότι αφορά την οργανωτική, επιχειρησιακή και οικονομική τους λειτουργία.

1.5.2.1.2.1 Υπηρεσιακή Λειτουργία

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας πλέον της θεραπείας και της νοσηλείας των ασθενών, παρέχουν επιπρόσθετες υπηρεσίες προς συγγενείς και εκτελούν και δευτερεύουσες υποστηρικτικές λειτουργίες με συνεργαζόμενες νοσηλευτικές μονάδες του νοσοκομείου, μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια και την διοίκηση του νοσοκομείου γενικότερα. Στην λειτουργία τους εμπεριέχονται τα ακόλουθα:

α. Υπηρεσίες

Σε ότι αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτές διακρίνονται σε:

1). Πρωτεύουσες

α). Ιατρικές υπηρεσίες ασθενών

β). Νοσηλευτικές υπηρεσίες ασθενών

2). Δευτερεύουσες

α). Κεντρικές διοικητικές υπηρεσίες

β). Βοηθητικές διοικητικές υπηρεσίες της μονάδας

3). Υποστηρικτικές

α). Υπηρεσίες εξυπηρέτησης επισκεπτών

β. Προσωπικό

1). Σε ότι αφορά στη στελέχωση του προσωπικού των μονάδων εντατικής θεραπείας Μ.Ε.Θ. διακρίνουμε τους ακόλουθους τομείς ειδίκευσης:

- α). Το ιατρικό προσωπικό
- β). Το νοσηλευτικό προσωπικό
- γ). Τα τεχνικό προσωπικό
- δ). Το βοηθητικό προσωπικό
- ε). Τη γραμματεία
- στ). Το προσωπικό καθαριότητας

2). Σε ότι αφορά στους τομείς αρμοδιοτήτων του προσωπικού των μονάδων εντατικής θεραπείας Μ.Ε.Θ. διακρίνουμε:

- α). Ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία
- β). Νοσηλευτική υποστήριξη
- γ). Τεχνική υποστήριξη
- δ). Την εργαστηριακή υποστήριξη
- ε). Την νοσοκομειακή βοήθεια
- στ). Την διοίκηση και γραμματειακή υποστήριξη
- ζ). Τις υπηρεσίες αποστείρωσης, καθαριότητας κλπ

3). Ενδεικτική στελέχωση δκλινης Μ.Ε.Θ. παρουσιάζεται στο Πίνακα 1.3, Παράρτημα «Α»

γ. Διοίκηση

Σε ότι αφορά στη διοίκηση και στις πολιτικές λειτουργίες των μονάδων εντατικής θεραπείας Μ.Ε.Θ. διακρίνουμε τους εξής τομείς ενεργειών:

- 1). Τις θεραπευτικές και νοσηλευτικές πολιτικές
- 2). Τον έλεγχο λοιμώξεων
- 3). Τη κλινική αντιμετώπιση
- 4). Τη πολιτική εισόδου και απαλλαγής
- 5). Τη παρακολούθηση και τον έλεγχο ποιότητας
- 6). Την επιχειρησιακή πολιτική
- 7). Την διοίκηση προσωπικού (βάρδιες, άδειες, απουσίες κλπ)
- 8). Την εκπαίδευση προσωπικού (συνεδριάσεις, σεμινάρια επιμόρφωσης)
- 9). Την έρευνα
- 10). Τις οικονομικές πολιτικές
- 11). Τις πολιτικές επικοινωνίας με εσωτερικούς και εξωτερικούς φορείς
- 12). Τις τακτικές συνεργασίας με τα υπόλοιπα τμήματα

13). Τις πολιτικές εφοδιασμού

δ. Διαχείριση

Σε ότι αφορά στη διαχείριση των μονάδων εντατικής θεραπείας Μ.Ε.Θ. διακρίνουμε τους εξής τύπους:

- 1). Την διαχείριση του πάγιου εξοπλισμού
- 2). Την διαχείριση του κινητού εξοπλισμού
- 3). Την διαχείριση φαρμάκων και αναλωσίμων
- 4). Την απογραφική διαχείριση
- 5). Την οικονομική διαχείριση
- 6). Την γραφειοκρατία και αλληλογραφία
- 7). Την διαχείριση αρχείου ασθενών
- 8). Την διαχείριση προμηθειών

Ενδεικτικό ιεραρχικό οργανόγραμμα διοίκησης δημόσιας Μ.Ε.Θ. φαίνεται στο Διάγραμμα Δ.1.1, Παράρτημα «Α»

1.5.2.1.2.2 Οικονομική Λειτουργία

Οι ασθενείς κατά την θεραπεία και τη νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ. προκαλούν δαπάνες οι οποίες συνοπτικά αφορούν στα ακόλουθα:

α. Ιατρικές Δαπάνες

- 1). Αμοιβές θεράποντων ιατρών
- 2). Κόστη εργαστηριακών εξετάσεων και διαγνώσεων
- 3). Κόστη φαρμακευτικής αγωγής
- 4). Κόστη φυσιοθεραπείας
- 5). Κόστη ψυχοθεραπείας

β. Νοσηλευτικές Δαπάνες

- 1). Αμοιβές νοσηλευτών
- 2). Κόστη νοσηλείας (κλίνη, διατροφή, καθαρισμός, κλπ)
- 3). Κόστη υποστηρικτικού εξοπλισμού (δεκανίκια, αμαξίδια κλπ)
- 4). Κόστη ιατρικής υποστήριξης (οξυγόνο, καθετήρες, αναρρόφηση κλπ)
- 5). Κόστη καθαρισμού, αποστείρωσης

γ. Δαπάνες σε Υλικό και Εξοπλισμό

- 1). Ιματισμός
- 2). Διατροφή και Διαιτολόγια
- 3). Ιατρικός μηχανολογικός εξοπλισμός
- 4). Υποστηρικτικός ιατρικός εξοπλισμός (δεκανίκια, αναπηρικό αμαξίδιο, κλπ)

- 5). Υλικό υποστήριξης (αέρια, οξυγόνο, καθετήρες, αναρρόφηση κλπ)
- 6). Αναλώσιμο υλικό (αίμα, οροί, κλπ)
- 7). Υγειονομικό υλικό (γάζες, σύριγγες κλπ)
- 8). Γενικό υλικό καθαρισμού, αποστείρωσης
- 9). Αναλώσιμα και γραφική ύλη

δ. Διοικητικές Δαπάνες

- 1). Αμοιβές διοικητικών (γραμματείας, λογιστήριο κλπ)
- 2). Αρχείο κίνησης ασθενών, ιστορικού, εξετάσεων κλπ
- 3). Συνταγογράφηση
- 4). Ενημερώσεις συγγενών
- 5). Μεταφορές
- 6). Τεχνικό προσωπικό (επισκευή, συντήρηση και λειτουργία)
- 7). Μέριμνα προσωπικού
- 8). Προμήθειες, διαχείριση

1.5.2.1.2.3 Επιχειρησιακή Λειτουργία

Ο επιχειρησιακός ρόλος και λειτουργία των Μ.Ε.Θ. είναι πολλαπλός και σύνθετος και αναλύεται ως ακολούθως:

- α. Ως νοσηλευτικό τμήμα παρέχει νοσηλεία εξειδικευμένου τύπου σε ασθενείς που δεν μπορούν να νοσηλευτούν στα τμήματα γενικής νοσηλείας.
- β. Ως τμήμα του νοσοκομείου παρέχει την δυνατότητα κάλυψης αναγκών σε νοσηλεία ειδικού τύπου υποστηρίζοντας άλλα τμήματα του νοσοκομείου όπως για παράδειγμα τα χειρουργικά, καθώς και τις ανάγκες νοσηλείας βαρέων περιστατικών.
- γ. Ως ερευνητικό κέντρο λόγω της νοσηλείας ειδικών περιστατικών και της συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής της θεραπευτικής αγωγής και της πορείας της ασθένειας
- δ. Ως κέντρο αποκατάστασης της υγείας του εθνικού συστήματος υγείας παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης βαρέων νοσημάτων και περιστατικών υγείας των πολιτών εντός της επικράτειας διαφυλάγοντας την απώλεια συναλλάγματος ή ελκύοντας συνάλλαγμα ασθενών του εξωτερικού.

1.6 Οικονομικά των Συστημάτων Υγείας

Σε ότι αφορά στα οικονομικά των ανωτέρω συστημάτων υγείας και συγκεκριμένα στα κόστη και στις δαπάνες χρηματοδότησης των παρεχόμενων καλύψεων και υπηρεσιών υγείας παρατίθενται ακολούθως τα κόστη και οι δαπάνες ανά κατηγορία υπηρεσιών υγείας:

1.6.1 Κόστη Υγείας

Τα συστήματα υγείας απαιτούν πόρους για την υποστήριξη και τη βιωσιμότητα τους όπως κεφάλαια, εγκαταστάσεις, τεχνολογικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό, πνευματικό κεφάλαιο από τα οποία η πιο κοστοβόρα κατηγορία είναι το ανθρώπινο δυναμικό καθώς η επένδυση είναι εντάσεως εργασίας.

Η οργάνωση, η λειτουργία, οι δραστηριότητες και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εμπεριέχουν πολυάριθμα και ποικίλα κέντρα κόστους τα οποία απαιτούν συνεχή και με αρκετές διακυμάνσεις ύψους χρηματοδότηση και για το λόγο αυτό εντάσσονται στις μελλοντικές προβλέψεις αναγκών και στους ετήσιους οικονομικούς προϋπολογισμούς τόσο της πολιτείας όσο και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ιδιαίτερα της πρώτης.

Στόχος των υπεύθυνων και αρμόδιων φορέων είναι η αδιάκοπη λειτουργία του συστήματος υγείας που δύσκολα επιτυγχάνεται πλήρως και αποτελεσματικά λόγω των διαρκών μεταβολών:

- α. Του τύπου και αριθμού των δικαιούχων
- β. Του είδους των αναγκών υγείας και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών
- γ. Της εθνικής οικονομίας
- δ. Της τεχνολογίας
- ε. Των φορέων κάλυψης της υγείας και υγειονομικής ασφάλισης
- στ. Του είδους, αριθμού και κλάδων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας

1.6.1.1 Κέντρα Κόστους Υγείας

Τα κέντρα κόστους που καλούνται να καλύψουν οι χρηματοδοτήσεις στα εθνικά συστήματα υγείας συνοπτικά είναι:

- α. Εγκαταστάσεις (Κτίρια, Δίκτυα, Εγκαταστάσεις)
 - 1). Ιδιοκτησία, Κατοχή
 - 2). Χρήση, Λειτουργία
 - 3). Συντήρηση, Επισκευή
 - 4). Αναβάθμιση, Αναμόρφωση, Επέκταση
- β. Εξοπλισμός (Ιατρείων, Θαλάμων Νοσηλείας, Λοιπών Αιθουσών κλπ)
 - 1). Ιδιοκτησία, Κατοχή
 - 2). Χρήση, Λειτουργία
 - 3). Συντήρηση, Επισκευή
 - 4). Αναβάθμιση, Αναμόρφωση, Επέκταση
- γ. Τεχνολογικός και Μηχανικός Εξοπλισμός (Ιατρικός, Νοσηλείας κλπ)
 - 1). Ιδιοκτησία, Κατοχή
 - 2). Χρήση, Λειτουργία

- 3). Ανανέωση, Επέκταση
 - 4). Συντήρηση, Αναβάθμιση, Επισκευή
- δ. Εργαλειακός Εξοπλισμός (Ιατρικός, Νοσηλευτικός κλπ)
- 1). Ιατρικά και Νοσηλευτικά Εργαλεία
 - 2). Διαγνωστικά και Ιατρικά Βοηθήματα
 - 3). Νοσηλευτικά Βοηθήματα (Δεκανίκια, αμαξίδια, κλπ)
 - 4). Θεραπευτικά Βοηθήματα (Ορθοπεδικά είδη, Τεχνητά μέλη, κλπ)
- ε. Προσωπικό (Ιατροί, νοσηλευτές κλπ)
- 1). Αμοιβή
 - 2). Εκπαίδευση, Επιμόρφωση
 - 3). Ιματισμός, Ένδυση, Υπόδηση
 - 4). Διαμονή, Διατροφή
 - 5). Ετοιμότητα, Ανάκληση
- στ. Τεχνογνωσία
- 1). Περίθαλψης
 - 2). Θεραπείας
 - 3). Εξυπηρέτησης
 - 4). Διοίκησης, Διαχείρισης
 - 5). Εκπαίδευσης
 - 6). Έρευνας
- ζ. Υλικό, Προμήθειες
- 1). Φαρμακευτικό υλικό, Σκευάσματα
 - 2). Γενικό Υγειονομικό υλικό
 - 3). Ιματισμός (Ένδυμασίες, Κλινοσκεπάσματα κλπ)
 - 4). Αναλώσιμα (Γραφική ύλη, έντυπα κλπ)
 - 5). Γενικό υλικό (καθαρισμού, μαγειρικά σκεύη, κλπ)
 - 6). Τρόφιμα, Ποτά

1.6.1.2 Δαπάνες Χρηματοδότησης Υγείας

Σε ότι αφορά στις δαπάνες χρηματοδότησης διακρίνουμε:

- α. Πληρωμές σε φορείς:
- 1). Ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές, οδοντοτεχνίτες, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς, νοσοκόμοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας
 - 2). Νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, τμήματα εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων, ιδιωτικά διαγνωστικά

εργαστήρια, πολυϊατρεία, οδοντιατρεία ιατρικά κέντρα, κτηνιατρεία, ιαματικά κέντρα και άλλα νομικά πρόσωπα φροντίδας υγείας

3). Φαρμακευτικές εταιρείες, εταιρείες παρασκευής σκευασμάτων, υγειονομικού υλικού, αναλώσιμου υλικού, προσθετικών μελών, οδοντοστοιχιών, οπτικά, αντιδραστήρια κλπ

4). Εταιρίες κατασκευής ιατρικού εξοπλισμού, εργαστηριακών οργάνων, νοσηλευτικού εξοπλισμού, ιματισμού, κλπ

5). Εταιρείες καθαρισμού, αποστείρωσης, χειρισμού ειδικών αποβλήτων, κλπ

6). Ασφαλιστικές εταιρείες

β. Πληρωμές για παρεχόμενες υπηρεσίες:

1). Ιατρική Περίθαλψη και Διαγνωστικές Εξετάσεις

2). Φαρμακευτική Περίθαλψη

3). Νοσοκομειακή Περίθαλψη

4). Παρακλινικές και Εργαστηριακές Εξετάσεις

5). Λοιπή Περίθαλψη

6). Αποκλειστική Νοσοκόμα

7). Οδοντιατρική Περίθαλψη

8). Φυσικοθεραπεία - Εργοθεραπεία - Λογοθεραπεία - Ψυχοθεραπεία

9). Ειδική Αγωγή

10). Μετακίνηση και Διακομιδή

11). Θεραπευτικά Υποβοηθήματα και Προσθετικές

12). Τοκετός

13). Αποκατάσταση της Υγείας

14). Νοσηλεία στο Εξωτερικό

15). Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας

16). Κηδεία

γ. Πληρωμές για υπηρεσίες των βασικών κατηγοριών παροχών συστημάτων υγείας (Πίνακας 1.4, Παράρτημα «Α») όπως για δαπάνες:

1). Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορούν στην, εκτός των νοσοκομείων, των ιδιωτικών κλινικών και των θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

2). Δαπάνες που αφορούν σε υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορούν στην, εντός κρατικών νοσοκομείων, ιδιωτικών κλινικών, ιατρικών κέντρων και θεραπευτηρίων τμημάτων νοσοκομειακή περίθαλψη και νοσηλευτικές υπηρεσίες. (Πίνακες 1.4 και 1.5, Παράρτημα «Α»).

3). Ειδικές Υπηρεσίες Φροντίδας Ειδικών και Χρόνιων Νοσημάτων που αφορούν στην, εντός ιατρικών κέντρων θεραπείας ή θεραπευτηρίων ειδικών νοσημάτων και χρονίων παθήσεων (Φυματίωση, Απεξάρτησης, κλπ.), περίθαλψη.

1.6.2 Κόστη Εντατικής Θεραπείας

Ανάμεσα στις πλέον κοστοβόρες κατηγορίες που αυξάνουν σημαντικά τα κόστη νοσηλείας των νοσοκομείων γιατί απορροφούν μεγάλο μέρος των διαθέσιμων πόρων τους ποιοτικά και ποσοτικά είναι τα περιστατικά εντατικής θεραπείας.

Σε ότι αφορά στα κόστη, τόσο οι κατηγορίες δαπανών όσο και οι μέθοδοι υπολογισμού και παρακολούθησης παρουσιάζουν σημαντικό βαθμό δυσκολίας μοντελοποίησης, τροφοδότησης με δεδομένα και καθολικής εφαρμογής των αποτελεσμάτων.

Στα περιστατικά εντατικής θεραπείας οι θεραπείες και τα νοσηλεία εκδηλώνουν μια ιδιαίτερα ασταθή και δαπανηρή φύση καθώς ενώ χαρακτηρίζονται ως εντάσεως εργασίας δέχονται επιρροές από αστάθμητους παράγοντες όπως εξατομικευμένες θεραπευτικές αγωγές υψηλού κόστους και τεχνολογίας συχνά δύσκολο να προσμετρηθεί στο συνολικό κόστος.

Σε ότι αφορά στις θεραπείες, στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στο υλικό και στον εξοπλισμό εντατικής θεραπείας και νοσηλείας οι προτεραιότητες στις απαιτήσεις είναι για :

- α. Υψηλά εκπαιδευμένο προσωπικό
- β. Έμπειρο προσωπικό σε επείγοντα περιστατικά, με ανάλογη προϋπηρεσία
- γ. Υψηλής τεχνολογίας μηχανολογικό και ηλεκτρονικό υλικό
- δ. Εκτενής διαγνωστικές εξετάσεις
- ε. Υψηλού επιπέδου αποστειρωμένο περιβάλλον
- στ. Υψηλή ετοιμότητα σε αναλώσιμο υλικό (αίμα, ορός, κλπ)
- ζ. Υψηλή διαθεσιμότητα σε υγειονομικό υλικό
- η. Αποτελεσματικές φαρμακευτικές αγωγές και θεραπευτικές τεχνικές

Οι αρχές ελέγχου του ύψους των δαπανών για την υγεία των κέντρων περίθαλψης και νοσηλείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο δεν έχουν καταφέρει να καταρτίσουν ένα αλγόριθμο καθολικής εφαρμογής που να τα επεξηγεί. Διάφορες προσπάθειες κατηγοριοποίησης των δαπανών υγείας στις μονάδες εντατικής θεραπείας και επειγόντων σε μεταβλητά κόστη (αναφορικά με τον ασθενή) και σε σταθερά κόστη (μη συνδεδεμένα με τον ασθενή) δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Οι δαπάνες στα επείγοντα περιστατικά και νοσηλεία μπορεί να κυμαίνονται με μεγάλες αποκλίσεις ανάμεσα σε \$1.283 έως \$784.351 συνολικό κόστος νοσηλείας που δε δικαιολογείται με απλούς υπολογισμούς ενός μέσου ημερήσιου κόστους κάθε νοσηλευτικής κλίνης για το σύνολο του χρόνου νοσηλείας αφού εξαιρούνται του υπολογισμού τυχόν ειδικές δαπάνες ανά

ασθενή, το είδος και τυχόν ιδιαιτερότητες στην παρασχεθείσα θεραπεία ενώ δεν υπάρχει καμία αναφορά στο τελικό αποτέλεσμα.¹⁷

Καθώς δεν υπάρχει μια ενιαία, τυπική και κοινά αποδεκτή μέθοδος κοστολόγησης των υπηρεσιών αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών και περιστατικών εντατικής θεραπείας οι ανάγκες χρηματοδότησης δεν μπορούν να προβλεφθούν ούτε επαρκώς, ούτε σωστά, μήτε έγκαιρα με μεγάλες αποκλίσεις που οφείλονται κυρίως στα:

- α. Υψηλή τεχνολογία και αυτοματισμούς
- β. Διακυμάνσεις της αναλογίας νοσηλευτών ανά ασθενή και της αναλογίας νοσηλεία και έρευνα- εκπαίδευση
- γ. Πολλαπλές επιλογές θεραπειάς διαφορετικών επιπέδων κόστους
- δ. Δομημένα και κρυφά κόστη θεραπείας

1.7 Κόστη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Είναι μεγάλος ο αριθμός των ερευνών¹⁸ που εκτελέστηκαν από σημαντικούς φορείς στο παρελθόν για τον εντοπισμό μιας ευρείας εφαρμογής μεθόδου υπολογισμού και σύγκρισης των κοστών Μ.Ε.Θ. σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο χωρίς όμως απτά και καθολικά εφαρμόσιμα αποτελέσματα.¹⁹

Κάθε προσπάθεια να συμπεριληφθούν στην εξίσωση ανάλυσης του κόστους λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. όλο και περισσότερων τύπων πόρων και δαπανών περισσότερα προβλήματα προέκυπταν σε ότι αφορά τον όγκο, την ευκολία συλλογής, την επάρκεια, την εγκυρότητα, την αντιπροσωπευτικότητα, την πληρότητα και την σταθερότητα και διακύμανση της τιμής των επεξεργαζόμενων στοιχείων και των δεδομένων.

Για την συλλογή και την ομαδοποίηση των δεδομένων έγινε στις Μ.Ε.Θ. διαχωρισμός των λειτουργιών σε δύο ομάδες τη νοσηλευτική και τη μη νοσηλευτική ομάδα.

Σε κάθε ομάδα έγινε εκτενής ανάλυση κόστους όπου φάνηκε ότι υπηρεσίες όπως διαχείριση ασθενών, διοίκηση προσωπικού Μ.Ε.Θ. και καθαρισμός χώρου ήταν περισσότερο κοστοβόρες σε σχέση με τα κόστη υπηρεσιών πλυντηρίων, ιματισμού, ασφάλειας, μεταφοράς κλπ. με πρωταρχικό κόστος πάντα τη στελέχωση. Εκτενέστερη ανάλυση του κόστους οδήγησε σε έξι βασικές αντιπροσωπευτικές κατηγορίες κόστους λειτουργίας Μ.Ε.Θ. οι οποίες (Πίνακας 1.6, Παράρτημα «Α») κατηγοριοποιούνται σε τομείς ανάλογα με το βαθμό συσχέτισης με τον

¹⁷ The UK Cost Block Programme, The International Programme for Resource Use in Critical Care

¹⁸ Το πρόγραμμα IPOC (International Programme for resource use in Critical care) για παράδειγμα είναι ένα συλλογικό ευρωπαϊκό έργο με την υποστήριξη της European Society of Intensive Care Medicine που σκοπό είχε την ανάπτυξη μια ενιαίας μεθόδου ακριβούς σύγκρισης της χρήσης πόρων κόστους και προβλέψεων για την λειτουργία των Μ.Ε.Θ. μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών

¹⁹ Παράδειγμα η ομάδα εργασίας των κοστών Μ.Ε.Θ. (Intensive Care Working Group on Costing) στην Αγγλία το 1994 υπό την αιγίδα Εθνικού Κέντρου Ελέγχου και Έρευνας Μ.Ε.Θ. (Intensive Care National Audit and Research Centre -ICNARC)

ασθενή που νοσηλεύεται. Οι τομείς είναι δύο και ο πρώτος περιλαμβάνει τα «μη συνδεδεμένα με ασθενείς» (Non Patient-related costs) κόστη και αντιστοιχεί στο 15% του συνολικού ετήσιου κόστους λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. και ο δεύτερος που περιλαμβάνει τα «συνδεδεμένα με ασθενείς» (Patient-related costs) κόστη που αντιστοιχούν στο 85% τα οποία πιο αναλυτικά είναι συνδεδεμένα με τα:²⁰

- α. Προσωπικό (Patient-related cost)
- β. Νοσοκομειακή Περίθαλψη (Patient-related cost)
- γ. Αναλώσιμο Υλικό (Non Patient-related costs)
- δ. Εγκαταστάσεις (Non Patient-related costs)
- ε. Πάγιο Εξοπλισμό (Non Patient-related costs)
- στ. Υποστηρικτικές μη νοσηλευτικές υπηρεσίες (Non Patient-related costs)

Έρευνα του Gylmark το 1995 για τον έλεγχο των δαπανών και την παρακολούθηση κέντρων κόστους στις Μ.Ε.Θ. ανάδειξε ότι τα σημαντικότερα έξοδα των Μ.Ε.Θ. αφορούν:

- α. Θεραπευτικό Χρόνο
- β. Νοσηλευτικό Χρόνο
- γ. Φάρμακα
- δ. Εγκαταστάσεις
- ε. Κρυφά κόστη
- στ. Λοιπό Προσωπικό
- ζ. Απόβλητα
- η. Πυρηνική Ιατρική
- θ. Τράπεζα Αίματος
- ι. Ραδιολογία
- ια. Βιοχημεία
- ιβ. Υπέρηχοι
- ιγ. Μικροβιολογία
- ιδ. Εξοπλισμός Κουζίνας
- ιε. Μη Νοσοκομειακά Κόστη

Ο Gylmark εφάρμοσε δύο προσεγγίσεις υπολογισμού δαπανών την «top- down approach» και «bottom- up approach» με διαφορετικά όμως αποτελέσματα από κάθε μία.

Η πρώτη προσέγγιση «top- down approach» αναλύει παλιά, ιστορικά δεδομένα όπως ο υπολογισμός της ημερήσιας δαπάνης με διαίρεση του συνολικού κόστους περίθαλψης στη Μ.Ε.Θ. διά του αριθμού των ασθενών ή των ημερών νοσηλείας ανά ασθενή. Η μέθοδος αν και χρήσιμη σε εσωτερικές αναλύσεις της διοίκησης της Μ.Ε.Θ. για την εύρεση του μέσου κόστους

²⁰ <https://academic.oup.com/bjaed/article/6/4/160/387292/The-costs-of-intensive-care>

της ανά ημέρα ασθενούς προϋποθέτει την ίση κατανομή πόρων και θεραπείας σε όλους τους ασθενείς οπότε δεν επιτρέπει συγκρίσεις για ασθενείς με διαφορετικές παθήσεις και θεραπευτική αγωγή.²¹

Η δεύτερη, «bottom- up approach» προσέγγιση αναλύει τρέχοντα δεδομένα όπως τη υφιστάμενη κατανομή του κόστους ανά ασθενή σύμφωνα και με την έκταση ανάλωσης των θεραπευτικών και μη πόρων. Αν και η μέθοδος χρησιμεύει στην εκτίμηση και πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών σε πόρους ανά τύπο ασθενή σε σχέση πάντα με την θεραπεία, τη σοβαρότητα του ιατρικού περιστατικού και το τελικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να δώσει στοιχεία για τα συνολικά κόστη ανά δραστηριότητα.

1.8 Ανακεφαλαίωση

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα συστημάτων περίθαλψης για την πρόληψη και αποκατάσταση της υγείας.

Τα σημαντικότερα είδη είναι τέσσερα και διαφέρουν ως προς το βαθμό συμμετοχής και το επίπεδο ελέγχου του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ενώ ακολουθεί πληθώρα παραλλαγών αυτών ανάλογα με τα είδη των παροχών, την οργάνωση των φορέων υγείας, των ενδιαφερόμενων μερών και την έκταση της κάλυψης των δαπανών σε υγεία ανά τύπο φορέα, με βασικούς προσανατολισμούς που κυμαίνονται από το μοντέλο πλήρως δημόσιου χαρακτήρα (Βρετανικό μοντέλο Beveridge) έως πλήρως ιδιωτικού χαρακτήρα μοντέλο (Αμερικανικό μοντέλο υγείας Out of Pocket).

Σε ότι αφορά στα οικονομικά των μονάδων εντατικής θεραπείας παρατηρείται μια πολυπλοκότητα και ποικιλομορφία του κόστους, της κοστολόγησης και της χρηματοδοτικής κάλυψης των δαπανών νοσηλείας και θεραπείας που παρέχονται. Αυτό οφείλεται στην ιδιαίτερη μορφή των περιστατικών που νοσηλεύονται, στο εύρος και στην γκάμα των υπηρεσιών που παρέχονται και στις ποικιλόμορφες προσεγγίσεις κωδικοποίησης τους προκειμένου στην αναγνώριση, ανάλυση, κατάταξη, κοστολόγηση, χρηματοδοτική κάλυψη.

Οι κατηγορίες κόστους χοντρικά θα μπορούσαν να ακολουθήσουν μια φιλοσοφία σταθερού και μεταβλητού κόστους. Έτσι προκύπτει ο τύπος των «μη συνδεδεμένων με ασθενείς» (Non Patient-related costs) κόστους και ο τύπος των «συνδεδεμένων με ασθενείς» (Patient-related costs) που κυρίως έχουν να κάνουν με τους τομείς του:

- α. Προσωπικού (Patient-related cost)
- β. Νοσοκομειακής Περίθαλψης (Patient-related cost)
- γ. Αναλώσιμου Υλικού (Non Patient-related costs)
- δ. Εγκαταστάσεις (Non Patient-related costs)

²¹ Το 1999- 2000 το κόστος αυτό έφθανε στην Αγγλία τις £955,2

ε. Πάγιου Εξοπλισμού (Non Patient-related costs)

στ. Υποστηρικτικών, Μη- Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Non Patient-related costs)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Δαπάνες Χρηματοδότησης της Υγείας Χωρών της Ε.Ε. και της Ελλάδας

2.1 Γενικά

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο τομέας της υγείας είναι υψηλής προτεραιότητας σε θέματα χρηματοδότησης, υποστήριξης, επίλυσης προβλημάτων με νομοθετική κάλυψη, παρακολούθηση και έλεγχο από τα κράτη μέλη.

Ο εθνικός τομέας υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον κοστοβόρους κρατικούς τομείς οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας με πολλές δυσλειτουργίες, προκλήσεις και παθογένειες καθώς τα ενδιαφερόμενα μέρη (stakeholders) και οι εμπλεκόμενοι (players) είναι πολλοί, διαφορετικής φύσεως και διασταυρωμένων συμφερόντων.

Η Ε.Ε. κατέχει σημαντική θέση στον καθορισμό προτύπων δομής και λειτουργίας των φορέων κάλυψης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας καθώς μερικά από τα καθιερωμένα παγκοσμίως μοντέλα υγείας (Beveridge, Bismarck κλπ) προέρχονται από χώρες μέλη της Ε.Ε.

Σε μια προσπάθεια μελέτης του τομέα υγείας σε ευρωπαϊκή κλίμακα την τελευταία δεκαετία σε ότι αφορά στη χρηματοδότηση και στα συνεπακόλουθα αποτελέσματα στα εθνικά συστήματα υγείας ακολουθούν στοιχεία από έρευνα σε αντιπροσωπευτικές των μοντέλων χρηματοδότησης Beveridge και Bismarck χώρες μέλη τις Ε.Ε. και συγκεκριμένα της Γερμανίας, Γαλλίας (εκπροσώπους του μοντέλου Bismarck), της Αγγλίας, Ιταλίας, Ισπανίας (εκπροσώπους του μοντέλου Beveridge) και της Ελλάδας. Η έρευνα έγινε βάση στατιστικών στοιχείων και αποτελεσμάτων του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD)²² για τις επιλεγμένες χώρες και τα ακόλουθα πεδία έρευνας:

- α. Απασχόληση και Στελέχωση στο Κλάδο Υγείας
- β. Πληθυσμιακή Κάλυψη σε Υπηρεσίες Υγείας
- γ. Δαπάνες Χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας:
 1. Γενικές δαπάνες ανά Τύπο Χρηματοδότησης της Υγείας
 2. Κατά Κεφαλήν Δαπάνες Υγείας
 3. Δαπάνες ανά Φορέα, Πάροχο, Παρεχόμενη Φροντίδα
 4. Δαπάνες στο Τομέα Υγείας σε Σχέση με το ΑΕΠ

Σε ότι αφορά στις μεθόδους χρηματοδότησης του τομέα της υγείας συναντάμε:

²² OECD, (2017), “*Health at a Glance 2017: OECD Indicators*», OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

α. Πρωτοβάθμια περίθαλψη:

1. Αμοιβές κατά πράξη (π.χ ιατρική επίσκεψη) όπου η πληρωμή γίνεται για την μεμονωμένη ιατρική πράξη απευθείας από τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό του φορέα αυτού. πχ ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ
2. Κατά κεφαλή αμοιβή με βάση κατάλογο εγγεγραμμένων, όπου η πληρωμή γίνεται σύμφωνα με τη διαθεσιμότητα του γιατρού να παρέχει θεραπεία στον ασθενή όταν τις χρειαστεί. Η αμοιβή γίνεται βάση προκαθορισμένο κατά κεφαλή ποσού και τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών.
3. Αμοιβή με μισθό, όπου η πληρωμή γίνεται σύμφωνα με το διατιθέμενο χρόνο που διαθέτει ο γιατρός και την ειδικότητά του για παροχή ιατρικών υπηρεσιών ανεξάρτητα της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών που παρέχει, (π.χ. ιατροί του στρατιωτικού νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ).
4. Μέσω Οργανισμών Προστασίας της Υγείας που παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες σε χαμηλό κόστος

β. Δευτεροβάθμια - νοσοκομειακή περίθαλψη:

1. Η πληρωμή και αποζημίωση των νοσοκομείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες γίνεται μετά το πέρας της νοσηλείας από τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό φορέα του.
2. Το κλειστό νοσήλιο, όπου η πληρωμή γίνεται σύμφωνα με σταθερή τιμή ανά ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Τη τιμή την συνάπτει με συμβάσεις με τα νοσοκομεία το υπουργείο υγείας ή ο φορέας ασφάλισης.
3. Το ανοιχτό νοσήλιο, όπου η πληρωμή γίνεται σύμφωνα με την ημερήσια παροχή υπηρεσίας υγείας με προκαθορισμένη τιμή.
4. Το μικτό νοσήλιο, όπου η πληρωμή γίνεται σύμφωνα με μια σταθερή και μια μεταβαλλόμενη αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας.

γ. Προ-χρηματοδότηση. Αυτή η μορφή χρηματοδότησης βασίζεται σε παρελθοντικούς προϋπολογισμούς δαπανών με βάση τον όγκο παρόμοιων σε είδος υπηρεσιών υγείας από προηγούμενα έτη με κάποιες επικαιροποιήσεις και διορθώσεις σε τρέχουσες τιμές, επιτόκια κλπ.

2.2 Απασχόληση και Στελέχωση του Κλάδου Υγείας

Σε ό τ αφο ρά στο κλάδο της υγείας και στην στελέχωση του με προ ωπικό υγείας και κοινωνικής φροντίδας (ιατροί, νοσηλευτές, θεραπευτές, νοσοκόμοι κλπ) το μερίδιο εργασίας παγκοσμίως είναι μεγάλο. Η απασχόληση στο κλάδο της υγείας και κοινωνικής φροντίδας κινήθηκε (Διάγραμμα 2.1, Παράρτημα «B») αυξητικά κατά 1,7% από το 2000 έως το 2015 συγκριτικά με τους υπόλοιπους κλάδους (αθροιστικά, αγροτικό, βιομηχανικό, υπηρεσιών)

παραμένοντας ο κλάδος με την μεγαλύτερη κατά μέσο όρο ανάπτυξη απασχόλησης στις 30 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. που περιλαμβάνονταν στην έρευνα.

Η μεγαλύτερη συμμετοχή στην αύξηση οφείλεται στις σκανδιναβικές χώρες, στη Φιλανδία και Ολλανδία όπου το 15-20% της συνολικής εργασίας των χωρών καταλαμβάνουν οι ιατρικές εργασίες και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.²³

Σε ότι αφορά στην απασχόληση στις υπό εξέταση χώρες, Γερμανία, Γαλλία, Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα (Διάγραμμα 2.2, Παράρτημα «B») είναι εμφανές το προβάδισμα των τριών πρώτων χωρών σε μερίδια απασχόλησης στο τομέα υγείας σε σχέση με την μέση τιμή 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. και των τριών τελευταίων και μάλιστα σε νοσηλευτές έναντι των ιατρών (Διάγραμμα 2.3, Παράρτημα «B»).

Η Ισπανία, η Ιταλία και η Ελλάδα φαίνεται ότι παρά την οικονομική τους ύφεση προσπαθούν να ενισχύουν την απασχόληση στο τομέα υγείας κυρίως με ιατρούς. Ωστόσο από τις χώρες που ενισχύουν την ιατρική ειδικότητα, Αγγλία, Γερμανία, η Αγγλία αυξάνει με το μεγαλύτερο ρυθμό (Διάγραμμα 2.4, Παράρτημα «B») και η Ελλάδα με το μικρότερο.

Σε ότι αφορά στην στελέχωση οι Γερμανία, Γαλλία και Αγγλία διαθέτουν το μεγαλύτερο ποσοστό αναλογίας νοσηλευτών ανά ιατρό (3 νοσηλευτές ανά ιατρό) ενώ οι Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα τη μικρότερη με 1 νοσηλευτή ανά ιατρό (Διάγραμμα 2.5, Παράρτημα «B»).

2.3 Πληθυσμιακή Κάλυψη σε Υπηρεσίες Υγείας

Σε ότι αφορά στην παρεχόμενη κάλυψη βασικών αναγκών σε υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού μέσα από δημόσια κυβερνητικά και διαθέσιμα ιδιωτικά σχήματα ασφαλιστικών καλύψεων, οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. παρέχουν εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη μέσω του εθνικού τους συστήματος υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης για μια βασική ομάδα υπηρεσιών υγείας (ιατρική και ειδική συμβουλευτική, εξετάσεις και τεστ, χειρουργικές και θεραπευτικές επεμβάσεις (Διάγραμμα 2.6, Παράρτημα «B») παρόλο που κάποιες χώρες όπως η Γερμανία, Ολλανδία και Ελβετία καλύπτουν ασφαλιστικά μέρος του πληθυσμού τους, κυρίως υψηλόμισθους, μέσω ιδιωτικής ασφάλισης και κυρίως σε κύρια/βασική (Γερμανία, Ισπανία), παραπληρωματική (Γερμανία, Γαλλία) και επικαλυπτική/ ενισχυτική της δημόσιας ασφάλισης για Αγγλία και κυρίως Ισπανία και Ελλάδα πράγμα αναμενόμενο λόγω της ύφεσης (Διάγραμμα 2.7, Παράρτημα «B»).

Οι στροφή προς ιδιωτική κάλυψη είναι πλέον γεγονός για τους πολίτες με υψηλό εισόδημα όπως στην Γερμανία, Γαλλία, ενώ αυξητικά κινούνται οι Ισπανία και Ελλάδα (Διάγραμμα 2.8, Παράρτημα «B») κάτι αναμενόμενο λόγω των ελλείψεων από την ύφεση στην δημόσια

²³ Το 2015 οι εργασίες ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας αντιστοιχούσε κατά μέσο όρο στο 10% της παγκόσμιας εργασίας στις χώρες του ΟΟΣΑ.

περίθαλψη. Η Αγγλία κινείται πτωτικά διατηρώντας τον έντονο χαρακτήρα του κρατικού ελέγχου της κάλυψης των υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού.

Οι τάσεις αυτές οδηγούν σε ετεροβαρή πρόσβαση των εισοδημάτων στη δημόσια περίθαλψη αφού και οι 5 χώρες που εξετάζουμε χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας με εστίαση στις δαπάνες νοσοκομειακής και κατοίκων νοσηλείας σε επίπεδο πληθυσμών των 31 χωρών της έρευνας του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2017 (Διάγραμμα 2.9, Παράρτημα «B»).

Ωστόσο στις χώρες ενδιαφέροντος μας με εξαίρεση τη Γαλλία πολύ μικρότερο ποσοστό πληθυσμού χαμηλού εισοδήματος αδυνατεί να επισκέπτεται ιατρό, να μην εκτελεί ή να περιορίζει τη φαρμακευτική του αγωγή λόγω υψηλού κόστους περίθαλψης και της έλλειψης χρημάτων (Διάγραμμα 2.10, Παράρτημα «B»).

2.4 Δαπάνες Χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας

Σε ότι αφορά στις δαπάνες χρηματοδότησης του τομέα της υγείας τους οι υπό μελέτη χώρες Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα, τις εκτελούν μέσω διαφόρων και διαφορετικών σχημάτων χρηματοδότησης (ανάλογα του μοντέλου υγείας που εφαρμόζουν), σε διαφορετικό ποσοστό ανά υπηρεσία, αποδέκτη και σε διαφορετική έκταση.

2.4.1 Δαπάνες ανά Τύπο Χρηματοδότησης της Υγείας

Από την παρατήρηση του ύψους δαπάνης χρηματοδότησης των υπηρεσιών του τομέα της υγείας των υπό μελέτη κρατών (Γερμανία, Γαλλία, Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα) ανά τύπο χρηματοδότησης (Διάγραμμα 2.11, Παράρτημα «B»), επιβεβαιώνεται η ενισχυμένη κρατική χρηματοδότηση στις χώρες του μοντέλου Beveridge (Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα) και των χωρών του μοντέλου Bismarck (Γερμανία, Γαλλία) με επικράτηση της κάλυψης δαπανών μέσω ιδιωτικής ασφάλισης με σημαντική απόκλιση από το μέσο όρο των 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. κάτι που οφείλεται στην φιλοσοφία μια των μοντέλων υγείας Beveridge και Bismarck των οποίων οι χώρες αυτές είναι αντιπροσωπευτικές.

Από την συνολική κυβερνητική δαπάνη του έτους 2015 για κάλυψη στην υγεία οι Γερμανία, Αγγλία και Γαλλία καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό από εθνική και παραπληρωματική ιδιωτική χρηματοδότηση άνω το μέσου όρου των 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Διάγραμμα 2.12, Παράρτημα «B») σε σχέση με της υφεσιακές οικονομικά χώρες της Ισπανίας, της Ιταλίας και της Ελλάδας κάτι που παρατηρείται και στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.

2.4.2 Δαπάνες Κατά Κεφαλή στο Τομέα Υγείας

Στις κατά κεφαλήν δαπάνες του τομέα υγείας οι οικονομικά ανεπτυγμένες το έτος 2016 χώρες Γερμανία, Αγγλία και Γαλλία δαπανούν μεγαλύτερα ποσά ανά κάτοικο στο τομέα της υγείας, άνω το μέσου όρου των 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Διάγραμμα 2.13, Παράρτημα «B»), σε σχέση με την χρηματοδότηση από ιδιωτική κάλυψη ή απευθείας πληρωμές. Το αντίστροφο φαίνεται να

εμφανίζεται στις υφιστάμενες χώρες Ισπανία, της Ιταλία και στην Ελλάδα των οποίων οι εθνικές κατά κεφαλή δαπάνες μειώνονται διαρκώς παρόλο που η ιδιωτική κάλυψη και οι απευθείας πληρωμές κινούνται στα ίδια επίπεδα με τις πρώτες οικονομικά ανεπτυγμένες.

Σε όλες όμως τις υπό μελέτη χώρες παρατηρείται επιβράδυνση του ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης των κατά κεφαλή δαπανών στην υγεία για το διάστημα 2003 έως 2016 (φαινόμενο με γενικές διαστάσεις όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.14, Παράρτημα «B» του Μ.Ο. των 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.), με την Ελλάδα να έχει αντιστρέψει τελείως τα πρόσημα από +5,4% το διάστημα 2003-2009 σε -5% το διάστημα 2009- 2016.

Ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών στην υγεία εξακολουθεί να μειώνεται το 2003 και το 2015, σε ότι αφορά στο είδος της παρεχόμενης περίθαλψης με τα μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης να τα παρουσιάζουν (Διάγραμμα 2.15, Παράρτημα «B»), οι υπηρεσίες πρόληψης (-4,8%), οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (-2,8%), τα φάρμακα (-2,8%), οι διοικητικές υπηρεσίες υγείας (-2,3%), οι κατοίκων υπηρεσίες περίθαλψης και οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (-1,7%) και η νοσηλευτική φροντίδα (-0,7%).

2.4.3 Δαπάνες ανά Φορέα, Πάροχο και Παρεχόμενη Φροντίδα Υγείας

Στις κρατικές δαπάνες στο τομέα υγείας ανά πάροχο και παροχή υπηρεσιών περίθαλψης για το έτος 2015 η Γερμανία δεν χρηματοδοτεί τα νοσοκομεία όμοια με τις υπόλοιπες χώρες ενώ ενισχύει μαζί με την Γαλλία τις υπηρεσίες διακομιδής, τους παρόχους αναλώσιμων υλικών λιανικής και πιο περιορισμένα τα κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας και λοιπές παροχές (Διάγραμμα 2.16, Παράρτημα «B»), ενώ η Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Γαλλία, λιγότερο η Αγγλία, καλύπτουν οικονομικά αρκετά σε δαπάνες τα νοσοκομεία, τις υπηρεσίες διακομιδής, τους παρόχους αναλώσιμων υλικών λιανικής και πολύ περιορισμένα τα κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας και λοιπές παροχές.

Από τις δαπάνες υγείας του έτους 2015 στα νοσοκομεία τα ποσοστά για υπηρεσίες νοσηλείας είναι υψηλά στην Γερμανία, Ελλάδα και Γαλλία ενώ πολύ χαμηλότερα στις Ισπανία, Ιταλία, Αγγλία (Διάγραμμα 2.17, Παράρτημα «B») ενώ τα ποσοστά ανατρέπονται στις νοσοκομειακές δαπάνες για υπηρεσίες από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (εκτός της Γαλλίας και της Αγγλίας που κρατούν υψηλά ποσοστά), εξωτερικές και κατοίκων υπηρεσίες και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υπέρ των Ισπανία, Ιταλία, Αγγλία, Γαλλίας και περιορισμένα και της Ελλάδας.

Οι κατανομές αυτές επιβεβαιώνονται από τις μεταβολές την ίδια περίοδο του ύψους των δαπανών στο τομέα υγείας που καλύπτεται με απευθείας πληρωμές των ασφαλισμένων (Διάγραμμα 2.18, Παράρτημα «B»). Οι Γερμανία και η Γαλλία μειώνουν τις ανάγκες για

απευθείας δαπάνες το 2015 σε σχέση με το 2009 σε υπηρεσίες υγείας ενώ η Ιταλία, η Αγγλία, και πολύ περισσότερο οι υφεσιακές Ισπανία και Ελλάδα τις καθιστούν αναγκαίες.

2.4.4 Δαπάνες στο Τομέα Υγείας σε Σχέση με το ΑΕΠ

Σε ότι αφορά στο ακαθάριστο εισόδημα του συστήματος υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ των χωρών μελέτης το μεγαλύτερο ποσοστό στο ΑΕΠ το 2015 το επιτυγχάνει το Γερμανικό, Γαλλικό μοντέλο αλλά και το ενισχυμένο με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας υγείας και Ισπανικό σύστημα (Διάγραμμα 2.19, Παράρτημα «B»).

Το μικρότερο ποσοστό καταλαμβάνει η Ελλάδα καθώς δεν δύναται λόγω υφεσιακής οικονομίας να σημειώσει έσοδα από το παθολόγο σύστημα υγείας της.

Αυτό γίνεται εμφανές και από την πορεία των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ακαθάριστου εισοδήματος (με σταθερές τιμές) το διάστημα 2003 έως 2016 με την Αγγλία, την Ιταλία και την Ελλάδα να παρουσιάζουν έντονη πτωτική πορεία (Διάγραμμα 2.20, Παράρτημα «B»).

Οι δαπάνες χρηματοδότησης σε υγεία με διάφορες μορφές ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι υπέρ του Γερμανικού και Γαλλικού μοντέλου όπου οι κυβερνητική και ιδιωτική παραπληρωματική κάλυψη σε αυτές τις χώρες επικρατεί έναντι της εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης και την απευθείας πληρωμής που ενισχύονται στις υπόλοιπες Ιταλία, Αγγλία, Ισπανία και Ελλάδα (Διάγραμμα 2.21, Παράρτημα «B»).

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για τις επιλεγμένες χώρες Γερμανία και Ελλάδα το διάστημα 2004 έως 2015 κινούνται εντελώς αντιδιαμετρικά με τα ελληνικά ποσοστά από το 2013 και έπειτα να υπολείπονται του μέσου ποσοστού των 35 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Διάγραμμα 2.22, Παράρτημα «B»).

2.5 Δαπάνες Χρηματοδότησης του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα

Η δαπάνες χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας παρατίθεται ξεχωριστά λόγω της ιδιαιτερότητας της μορφής που έχει. Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει ως κύριο χρηματοδότη του τη γενική κρατική φορολογία και την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ενώ συμμετέχουν και ιδιωτικές δαπάνες με απευθείας πληρωμές κλπ τύποι χρηματοδότησης που προσδίδουν στο ελληνικό σύστημα χρηματοδότησης της υγείας το τύπο της Μεικτής Μορφής. Βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι:

- α. Οι υπηρεσίες του συστήματος υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες
- β. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας και τους ασφαλιστικούς φορείς και ιδιώτες νοσοκομεία και ιατρούς
- γ. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία

δ. Οι υπηρεσίες περίθαλψης της υγείας στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό

ε. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία καλύπτουν το 43% των δαπανών για υγεία

στ. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων είναι μισθωτοί, ενώ το προσωπικό στα ασφαλιστικά ταμεία, πληρώνονται απευθείας από αυτά

Ωστόσο η χρηματοδότηση των αναγκών σε ευαίσθητους τομείς υγείας όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας παραμένει αναποτελεσματική καθώς πολλές χρηματοδοτήσεις σε εγκαταστάσεις και εξοπλισμό είναι ανεκμετάλλευτες λόγω έλλειψης του κατάλληλου προσωπικού. Η Ελλάδα παρόλο που σημειώνει υψηλά ποσοστά σε ιατρικό προσωπικό δεν φαίνεται να το υποστηρίζει με ανάλογα ποσοστά σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Ωστόσο το δημόσιο μπορεί να «αγοράσει χρόνο» για να «ανακάμψει» σύμφωνα με μελέτη που έχει διενεργήσει ομάδα του καθηγητή Γεώργιου Μπαλτόπουλου²⁴, καθηγητή Εντατικής Θεραπείας, το πραγματικό ημερήσιο κόστος μίας θέσης εντατικής θεραπείας σε δημόσιο νοσοκομείο ανέρχεται σε € 1.500 όταν το ποσό που πλήρωνε το δημόσιο σε ιδιωτικές ΜΕΘ σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο ήταν € 930 την ημέρα.²⁵

Στην Ελλάδα χρηματοδότηση στο τομέα υγείας από το 2009 και έκτοτε γνωρίζει πτώση λόγω της οικονομικής ύφεσης της χώρας και την συρρίκνωση των εσόδων (Διάγραμμα 2.23, Παράρτημα «B»).

Το 2015 η συνολική δαπάνη στην υγείας έφτανε τα € 14,7 δις η οποία κατανεμήθηκε σε νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα (€ 6,7 δις) και από αυτά σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (€ 1,4 δις) κυρίως σε ιδιωτικούς φορείς υγείας της Αττικής (€ 1 δις), σε γενικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα (€ 0,8 δις) και μαιευτικές κλινικές (€ 0,2 δις) (Διάγραμμα 2.24, Παράρτημα «B»).

²⁴ Γεώργιος Μπαλτόπουλος: Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής ΜΕΘ Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

²⁵ <http://www.dimokratiki.gr/09-01-2016/igia-ekpempis-sos-chanante-anthropines-zoes-exo-apo-tis-klistes-entatikes/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Υπολογισμός της Δαπάνης Υπηρεσιών Υγείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα

3.1 Γενικά

Στην Ευρώπη, τα συστήματα υγείας και ασφάλισης των πολιτών, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, χρηματοδοτούνται είτε αποκλειστικά από την πολιτεία είτε σε συνδυασμό της πολιτείας με άλλους ασφαλιστικούς φορείς, ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς και μη, ασφαλιστικά κεφάλαια κλπ. Μέσω αυτών των καναλιών χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας όμοια χρηματοδοτούνται και οι παρεχόμενες υπηρεσίες εντατικής φροντίδας υγείας των Μ.Ε.Θ. αφού όμως πρώτα όλες οι σχετικές δαπάνες κοστολογηθούν. Αυτό γίνεται με μεθόδους, υπολογιστικά σχήματα και μοντέλα που εμφανίζουν τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές είτε στην μεθοδολογία, είτε στο σκεπτικό, είτε στις τεχνικές και στα εργαλεία υπολογισμού ακόμη και στο πλαίσιο και τους κανονισμούς που τα διέπουν.

3.2 Χρηματοδοτική Κάλυψη Νοσηλείας Μ.Ε.Θ. σε χώρες της Ε.Ε.

Στην ανάλυση που ακολουθεί η μελέτη επιχειρεί να δώσει μια συνοπτική εικόνα των μεθόδων που ακολουθούν επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης βάση του μοντέλου υπολογισμού κοστολόγησης των υπηρεσιών Μ.Ε.Θ.

Οι χώρες που επιλέχθηκαν είναι αντιπροσωπευτικές των βασικών μοντέλων υγείας ή παραλλαγών τους και είναι η Γερμανία, η Ισλανδία, η Αγγλία, η Ολλανδία, η Αυστρία, η Δανία, η Γαλλία και η Ισπανία.

3.2.1 Γερμανία

Στη Γερμανία το σύστημα αποζημίωσης δαπανών νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ. βασίζεται σε ένα κατάλογο κωδικοποιημένων διαγνώσεων μέσω ενός DRG συστήματος (Diagnosis Related Groups -System) κωδικοποιημένων διαγνώσεων του οποίου οι κωδικοί συστηματοποιούνται και διαμορφώνονται από το συνδυασμό δύο διαγνώσεων ως ακολούθως:

α. Κύριας διάγνωσης με χρήση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας ICD-10²⁶

β. Δευτερεύουσας διάγνωσης και διαδικασιών με χρήση του καταλόγου OPS- 301²⁷

Οι δύο διαγνώσεις διαμορφώνουν ένα βασικό κωδικό DRG ο οποίος διαμορφώνεται ανάλογα του βαθμού κλινικής πολυπλοκότητας του ασθενούς καταλήγοντας στο τελικό DRG κωδικό πληρωμής.

²⁶ International Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems

²⁷ Operations and Procedures Classification

Η κοστολόγηση και κάλυψη των δαπανών γίνεται λαμβανομένων υπόψη τριών προϋποθέσεων που έχουν οριστεί ως προδιαγραφές και πρέπει να πληρούνται όπως:

- α. Η έκταση της μηχανικής υποστήριξης αναπνοής κωδικοποιήθηκε σε λειτουργία διακεκομμένης λειτουργίας ξεκινώντας με 96 ώρες αρχικής λειτουργίας (1^η προδιαγραφή)
- β. Η θεραπεία συμπλέγματος εντατικής θεραπευτικής αγωγής με προϋποθέσεις και όρους όπως συνεχή ιατρική επίβλεψη από ιατρό και 24ωρη ελάχιστη παραμονή του ασθενούς σε Μ.Ε.Θ. η οποία διαμορφώνεται και ενισχύεται με προσθήκη πόντων μέριμνας και ειδικής φροντίδας. Αυτοί οι πόντοι είναι συνδυασμός καθημερινής αξιολόγησης με το σύστημα New Simplified Acute Physiology Score²⁸ και μιας αξιολόγησης από 10 καθημερινές λειτουργίες από το TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) κατάλογο λειτουργιών (2^η προδιαγραφή).
- γ. Ο συνδυασμός σε μια πολυπαραγοντική προσέγγιση σύνθετων διαδικασιών όπως παράγωγα αίματος, χημειοθεραπείες, καθετήρες κεντρικής αρτηρίας, βηματοδότες και επιπρόσθετων διαγνώσεων όπως σύνδρομο βαριάς φλεγμονώδους αντίδρασης (3^η προδιαγραφή).

Τα τρία γνωρίσματα αυτά μαζί επιτρέπουν την παρακολούθηση ακόμη μεγαλύτερης γκάμας κατηγοριών χρηματοδοτικής κάλυψης κόστους νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ.

Η αυξημένη πολυπλοκότητα του Γερμανικού συστήματος κάλυψης δαπανών νοσηλείας ασθενών σε Μ.Ε.Θ. απαιτεί απαιτητική καταχώρηση και κωδικοποίηση στοιχείων που στηρίζει υψηλή ακρίβεια του κόστους εντατικής θεραπείας και νοσηλείας.

3.2.2 Ιρλανδία

Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται με βάση την εικόνα από παρελθοντικά πακέτα επιχορηγήσεων. Ο προϋπολογισμός επιχορήγησης του προηγούμενου έτους μεταφέρεται στο επόμενο έτος, προσαρμοσμένος στους τρέχοντες κάθε φορά εθνικούς οικονομικούς παράγοντες. Το μοντέλο αυτό χρηματοδότησης οδηγεί στη απόκτηση μέχρι κάποιου βαθμού ενός εισοδήματος ασφάλισης υγείας από τα νοσοκομεία προκειμένου να μειωθεί το ύψος της κρατικής χρηματοδότησης.

Επικαιροποιήσεις των προηγούμενων πακέτων χρηματοδότησης αφορούν κυρίως σε εργασιακές και μισθολογικές αλλαγές, τον πληθωρισμό, διαφορές σε κρατήσεις και σε κλίμακες φόρων και σε διαφορές στους, σε εθνικό επίπεδο, στόχους απόδοσης.

Τα τμήματα των νοσοκομείων λειτουργούν ανεξάρτητα κοστολογώντας τα σταθερά κόστη λειτουργίας (παροχές, μισθοί προσωπικού κ.λπ.) το μεταβλητό κόστος λειτουργίας (φάρμακα, αναλώσιμα κλπ) ενώ το συνολικό κόστος νοσηλείας ασθενούς υπολογίζεται με ένα κατά μέσο όρο κόστους ασθενή με κρεβάτι επί τις ημέρες νοσηλείας ασθενούς.

²⁸ Ισότιμο του SAPS II εξαιρουμένης της κλίμακας Glasgow Coma Scale

Στην Ιρλανδία χρησιμοποιείται επίσης ένα DRG σύστημα, το οποίο αντλεί διάγνωση από τον κατάλογο ICD-10 κατά το Γερμανικό πρότυπο για τον υπολογισμό της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας.

Όλοι οι ασθενείς είναι κωδικοποιημένοι μέσω ενός χάρτη αξιολόγησης. Η κωδικοποίηση οδηγεί στην κατάρτιση ενός κωδικοποιημένου καταλόγου DRG που έχει καταχωρημένες τιμές και ένα μέσο κόστος ενός ασθενούς που συνδέεται με καταγεγραμμένη διάγνωση. Το κόστος αυτό συγκρίνεται με το πραγματικό κόστος θεραπείας του ασθενούς και ανάλογα γίνεται προσαρμογή στην καταγραφή.

Τα νοσοκομεία χωρίζονται σε ομάδες με μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην 1^η ομάδα, μικρότερα νοσοκομεία στην 2^η ομάδα, και αυτόνομα παιδιατρικά νοσοκομεία στην 3^η ομάδα.

Με βάση την προσαρμογή του περιστατικού ανά ομάδα νοσοκομείου, ο σταθερός προϋπολογισμός μπορεί να επαληθεύεται ή να καταρρίπτεται ανάλογα με την απόδοση και για αυτό η κωδικοποίηση DRG χρησιμοποιείται ως δείκτης ένδειξης απόδοσης και όχι ως δείκτης για τις πληρωμές.

Οι κοινές φυσιολογικές διαγνώσεις ωστόσο της Μ.Ε.Θ. όπως το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας με υψηλό κόστος θεραπείας εντατικής φροντίδας Μ.Ε.Θ. δεν έχουν συγκεκριμένους κωδικούς DRG.

Η πραγματική χρηματοδότηση της Μ.Ε.Θ. δεν είναι άμεση, διότι οι ΜΕΘ λειτουργούν και ως ανεξάρτητα κέντρα κοστολόγησης όπου οι ημέρες νοσηλείας ασθενών ανά κλίνη κατανέμονται μεταξύ των ειδικοτήτων με νοσηλευόμενους σε Μ.Ε.Θ. ασθενείς. Το ποσοστό των ημερών νοσηλείας ανά κρεβάτι υπολογίζεται ανά ειδικότητα με αποτέλεσμα το ποσοστό του συνολικού κόστους της Μ.Ε.Θ. να προσμετράτε στην ειδικότητα το οποίο στη συνέχεια να καλύπτεται από τον προϋπολογισμό της εν λόγω ειδικότητας. Αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει διαφορά στη χρηματοδοτική κάλυψη μεταξύ διαφορετικών περιπτώσεων όπως π.χ. ιατρικών και χειρουργικών ασθενών σε ότι αφορά στις δαπάνες όπως και διαφορές στα συστήματα χρηματοδότησης διαφορετικών τύπων φορέων περίθαλψης όπως πανεπιστημιακών νοσοκομείων και μη. Ιδιαίτερες περιπτώσεις κοστοβόρων θεραπειών αντιμετωπίζονται με ειδική υποβολή της δαπάνης στην υπηρεσία υγείας του υπουργείου υγείας για ένταξη της στον προϋπολογισμό του επόμενου έτους.

3.2.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Το σύστημα χρηματοδότησης βασίζεται σε πληρωμές βάσει των αποτελεσμάτων. Οι δαπάνες χρηματοδότησης του συνολικού κόστους περίθαλψης σε Μ.Ε.Θ. υπολογίζονται ξεχωριστά από τη κάλυψη της δαπάνης της αρχικής διάγνωσης εισαγωγής, η οποία βασίζεται σε διαφορετικές ομάδες πόρων που αναλώνονται στη νοσηλεία, στην υγειονομική περίθαλψη (Healthcare Resource Groups-HRG) και στην υποστήριξη της λειτουργίας των οργάνων. Έτσι όταν ένας

ασθενής εισέρχεται με μια αρχική διάγνωση HRG, στη συνέχεια συνεχίζει με μια νέα διάγνωση HRG.

Κάθε περιστατικό εντατικής φροντίδας σε Μ.Ε.Θ. καλύπτει ένα ελάχιστο σύνολο δεδομένων εντατικής φροντίδας HRG που υπολογίζεται βάσει του συνολικού αριθμού των ασθενών, τη διάρκεια της παραμονής και των λειτουργιών υποστήριξης οργάνων. Αυτό διαμορφώνει ένα ημερήσιο κόστος, το οποίο πολλαπλασιάζεται με τα περιστατικά εισαγωγής σε Μ.Ε.Θ. για τον καθορισμό του συνολικού κόστους.

Το κατώτερο σύνολο δεδομένων κρίσιμης φροντίδας αποτελεί μέρος του όγκου των σχετικών με το κλινικό περιστατικό στατιστικών δεδομένων των νοσοκομείων, που τηρούνται από την αρχή πληροφοριών της εθνικής υπηρεσίας υγείας, τα οποία αποστέλλονται τακτικά στα νοσοκομεία για επανέλεγχο. Για τα δεδομένα υποστήριξης λειτουργίας οργάνων και την εξαγωγή του κώδικα HRG χρησιμοποιείται λογισμικό ομαδοποίησης.

Δεν υπάρχει διαφορά στην κάλυψη της δαπάνης μεταξύ μεγαλύτερων και μικρότερων μονάδων, ιατρικών έναντι χειρουργικών μονάδων ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων έναντι μη νοσηλευτικών νοσοκομείων. Από το σύστημα πληρωμών αποκλείονται, βάσει των αποτελεσμάτων, ορισμένες θεραπείες όπως αιματολογικά φάρμακα που καλύπτονται ξεχωριστά.

3.2.4 Ολλανδία

Το σύστημα κάλυψης δαπάνης βασίζεται στην κωδικοποίηση μέσω ενός τακτικά επικαιροποιημένου συστήματος DRG και τις κωδικοποιημένες διαγνώσεις ενός καταλόγου ICD-10.

Η κοστολόγηση στις Μ.Ε.Θ. γίνεται βάσει δραστηριότητας (activity based costing). Κατά τους υπολογισμούς των κέντρων κόστους ανέκυψε ότι ο χρόνος για την περίθαλψη και το κόστος των ασθενών δε συνδέεται ισχυρά με τη διάγνωση, όσο με το προσωπικό, την επάρκεια και το βαθμό στελέχωσης, τα επίπεδα της υπηρεσιών της Μ.Ε.Θ. και κάποια επιπρόσθετα κόστη, όπως η διαδικασία εισαγωγής, η διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ., η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, εξετάσεις όπως η αιμοδιήθηση, η νοσοκομειακή μεταφορά και μετακινήσεις της κινητής εντατικής μονάδας.

Όλα τα κόστη (προσωπικό, εξοπλισμός, φάρμακα, αναλώσιμα, εργαστηριακές δοκιμές, διαγνωστικές διαδικασίες και ιατρικές διαβουλεύσεις) κατά την νοσηλεία στην Μ.Ε.Θ. συνδέονται με το ύψος του προϋπολογισμού της και δεν συγκαταλέγονται στο σύστημα DRG.

Λόγω της απλότητας του συστήματος, οι ασφαλιστικές εταιρείες ενημερώνονται εύκολα για τα ιατρικά αρχεία προκειμένου να καλύπτουν έξοδα νοσηλείας χωρίς να διαφοροποιούν τη κάλυψη δαπανών ασθενών σε μονάδες χειρουργικής από ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας είτε σε πανεπιστημιακά ή μη νοσηλευτικά νοσοκομεία.

3.2.5 Αυστρία

Το αυστριακό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης ξεχωρίζει τις μονάδες εντατικής θεραπείας από τις μονάδες ενδιάμεσης περίθαλψης και στεφανιαίας νόσου.

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες από τις οποίες η Τρίτη αφορά σε βαριά περιστατικά ασθενών βάσει της ετήσιας μέσης TISS-28 βαθμολογίας.

Κάθε κατηγορία Μ.Ε.Θ. χαρακτηρίζεται από κριτήρια ποιότητας όπως ο ελάχιστος αριθμός των κλινών (έξι), η αναλογία νοσηλευτών ανά ασθενή, το επίπεδο εξειδίκευσης των υπεύθυνων για τη μονάδα ιατρών και το ποσοστό κάλυψης κατά τη διάρκεια των εφημεριών. Τα έξοδα των Μ.Ε.Θ. προκύπτουν από το συνολικό κόστος προσωπικού, συνολικό κόστος αναλωσίμων και το κόστος αγοράς νέων συσκευών. Τα έσοδα των Μ.Ε.Θ. προέρχονται από την κάλυψη των επαρχιακών ταμείων χρηματοδότησης των νοσοκομείων βάσει της επίδοσης τους και με τη βοήθεια του αυστριακού συστήματος χρηματοδότησης νοσοκομείων LKF²⁹ (στην ουσία ένα τροποποιημένο DRG σύστημα).

Βασική ιδέα του συστήματος είναι ο συνδυασμός των κύριων διαγνώσεων που προέρχονται από τον κατάλογο ICD-10 με μεμονωμένες ιατρικές υπηρεσίες όπου συνδυάζονται συνολικά 982 ομάδες περιπτώσεων (π.χ. χειρουργική επέμβαση, αιμοκάθαρση).

Κάθε μία από τις ομάδες δαπανών καλύπτεται από έναν ορισμένο αριθμό πόντων LKF. Για ασθενείς με νοσηλεία σε μονάδα Μ.Ε.Θ., η επιπλέον κάλυψη υπολογίζεται ανά ημέρα μέσης ημερήσιας θεραπείας, η οποία προσαυξάνεται με ένα συντελεστή (1,5 περίπου) στις περιπτώσεις μονάδες Μ.Ε.Θ. πρώτης κατηγορίας σε Μ.Ε.Θ. τρίτης κατηγορίας προσαυξανόμενη για κάθε επιπλέον ιατρική εξέταση που παρέχεται στους ασθενείς (π.χ. βρογχοσκόπηση, υπερήχους, ειδική θεραπεία αντισωμάτων).

Η απαιτούμενη από το υπουργείο υγείας και τη νοσοκομειακή διοίκηση τεκμηρίωση προκύπτει από τις διαγνώσεις ICD-10 και την ημερήσια TISS-28 βαθμολογία, η οποία καθορίζει την ένταξη της μονάδας Μ.Ε.Θ. σε κάποια κατηγορία ενώ υποχρεωτική είναι επιπλέον κατά την εισαγωγή η βαθμολογία του SAPS II για τον έλεγχο της εγκυρότητας της TISS-28 βαθμολογίας κάθε μονάδας.

Παρόλο που όλες οι ιατρικές διαδικασίες που παρέχονται πρέπει να τεκμηριώνονται, το σύστημα βαθμολόγησης TISS-28 ευνοεί τους χειρουργικούς ασθενείς με μεροληψία στις επεμβάσεις, με αποτέλεσμα οι χειρουργικές μονάδες να φτάνουν σε υψηλότερες κατηγορίες και υψηλότερη χρηματοδοτική κάλυψη.

Διαφορές δεν υπάρχουν στο σύστημα χρηματοδοτικής αποζημίωσης μεταξύ των διαφορετικών τύπων νοσοκομείων, (πανεπιστημιακών έναντι μη νοσηλευτικών) ωστόσο, η τελική μετατροπή

²⁹ Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung

από τους συγκεντρωμένους πόντους LKF σε ευρώ ποικίλλει στις εννέα επαρχίες της Αυστρίας και καθορίζεται από τις επαρχιακές διοικήσεις.

3.2.6 Δανία

Η Δανική Εθνική Επιτροπή Υγείας και η Δανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας & Εντατικής Φροντίδας ανέπτυξαν ένα νέο μοντέλο για τη βελτίωση των καταχωρίσεων DRG στις Μ.Ε.Θ. Το Δανικό σύστημα ICU-DRG³⁰ αποτελείται από τέσσερις ομάδες κατάταξης των σταδίων χειροτέρευσης της βλάβης ενός οργάνου με προκαθορισμένα ανά ομάδα ποσά.

Οι κατάταξη σε μία από τις τέσσερις ομάδες ICU-DRG βασίζεται σε ένα συνδυασμό 42 κωδικών που συνδέονται με το τύπο διαδικασίας, το χρονικό διάστημα της παραμονής στη Μ.Ε.Θ. και τη διάρκεια της μηχανικής υποστήριξης αναπνοής. Οι τέσσερις ομάδες ICU-DRG και η ανάλυση τους είναι:

- α. Ομάδα ICU-DRG: Απλή ανεπάρκεια οργάνων, σε ένα ή δύο όργανα, διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο 10 ημέρες κατά μέση τιμή
- β. Ομάδα ICU -DRG II: Προοδευτική σοβαρή ανεπάρκεια οργάνων, σε ένα όργανο, διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο 12 ημέρες κατά μέση τιμή
- γ. Ομάδα III-DRG III: Προοδευτική σοβαρή ανεπάρκεια οργάνων, σε δύο ή περισσότερα όργανα διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο 14 ημέρες κατά μέση τιμή
- δ. Ομάδα ICU-DRG IV: Σοβαρή αποτυχία, πολλαπλών οργάνων διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο 17 ημέρες κατά μέση τιμή

Προϋπόθεση για ένταξη σε μία από τις τέσσερις εντατικές ομάδες είναι η απόδοση κωδικού διαδικασίας εντατικής θεραπείας και εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας για διάστημα άνω των 72 ωρών.

Στόχος η εξαίρεση απλών περιστατικών ασθενών που απαιτούν λιγότερους πόρους και προαιρετική εντατική διαδικασία χειρουργικής αποκατάστασης, καθώς πεποίθηση της επιτροπής για την υγεία είναι ότι το κύριο κόστος νοσηλείας για αυτές τις ομάδες ασθενών είναι εκτός εντατικής φροντίδας. Οι ασθενείς με παραμονή στη Μ.Ε.Θ. μικρότερη των 72 ωρών δεν εντάσσονται έτσι σε ομάδες αλλά ακολουθούν τη κλασική διαδικασία.³¹

Το σύστημα βαθμολόγησης ICU-DRG δεν καλύπτει τις περιπτώσεις ασθενών που λαμβάνουν πολύ ακριβή θεραπεία ή φάρμακο ή αναπτύσσουν σοβαρές επιπλοκές που όμως δεν εντάσσονται σε έναν από τους 42 κώδικες εντατικής φροντίδας. Το λογιστικό σύστημα ICU-DRG

³⁰ Intensive Care Unit- Diagnosis Related Groups

³¹ Συνδυασμού κύριας διάγνωσης από τον κατάλογο ICD-10, δευτερεύουσας διάγνωσης και των κατά διαδικασία εξαρτημένων κωδικών

αξιολογείται από το Υπουργείο Υγείας της Δανίας με ετήσια επικαιροποίηση της τιμολόγησης DRG με χρήση εθνικών βάσεων δεδομένων και καταλόγων κόστους.

Δεν υπάρχει διαφορά στην κάλυψη για αποζημίωση χειρουργικών έναντι ιατρικών ασθενών σε Μ.Ε.Θ. και πανεπιστημιακών έναντι μη νοσηλευτικών νοσοκομείων.

3.2.7 Γαλλία

Το 2002, οι γαλλικές αρχές εξέδωσαν έναν ορισμό για τις Μ.Ε.Θ. με λεπτομέρειες που δημοσιεύθηκαν το 2003 ενώ υπήρξε πρόταση για τη δημιουργία και μιας ενδιάμεσης πριν τη Μ.Ε.Θ. μονάδας φροντίδας.

Η DRG κάλυψη δαπανών χρηματοδότησης των νοσοκομείων προοδευτικά βελτιώνονταν έως το 2010 που κατέληξε σε ένα σχήμα με τέσσερα επίπεδα επιπλοκών και σοβαρότητας περιστατικών. Οι διαδικασίες (αλγόριθμος ταξινόμησης και τιμολόγηση) αναθεωρείται ετησίως.

Εκτός από το DRG, οι γαλλικές Μ.Ε.Θ. λαμβάνουν συμπληρωματική κάλυψη δαπανών (περίπου το 60% της συνολικής πληρωμής των Μ.Ε.Θ.) εάν ικανοποιηθούν τα ακόλουθα κριτήρια:

- α. Οι θεραπείες γίνονται σε επίσημη Μ.Ε.Θ. που πλήρη τα εθνικά κριτήρια (πιστοποιημένο συμβούλιο)
- β. Στη Μ.Ε.Θ. απασχολούνται γιατροί ανάλογης ειδικότητας Μ.Ε.Θ.
- γ. Υπάρχει πρόβλεψη για 24ωρη κάλυψη από γιατρό Μ.Ε.Θ. αφιερωμένο στην Μ.Ε.Θ.,
- δ. Υφίσταται τουλάχιστον 1 νοσοκόμα ανά 2,5 ασθενείς και 1 βοηθός νοσηλευτή ανά 4 ασθενείς,
- ε. Η βαθμολογία SAPS II ξεπερνά το 15
- στ. Κατά τη διάρκεια της παραμονής στη Μ.Ε.Θ. παρέχεται μία τουλάχιστον διαδικασία εντατικής θεραπείας όπως μηχανική υποστήριξη αναπνοής, θεραπεία αντικατάστασης νεφρού ή αγγειοδραστικά φάρμακα.

Μερικά ακριβά φάρμακα, όπως η σύγχρονη αντιμυκητιασική θεραπεία, η ανοσοσφαιρίνη και η σύγχρονη χημειοθεραπεία, πληρώνονται ανεξάρτητα από το DRG αν πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια. Για τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, υπάρχει πρόσθετη χρηματοδότηση για σπουδαστές, για καινοτομία και έρευνα.

3.2.8 Ισπανία

Το σύστημα χαρακτηρίζεται από την αποκεντρωμένη αντίληψη του, δηλαδή οι αυτόνομες περιοχές της χώρας (17 συν 2 αυτόνομες πόλεις) έχουν την εξουσία στα ιατρικά θέματα, αν και εξασφαλίζεται συντονισμός των περιοχών ευθύνης.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται καθολικά από φόρους και ο υπολογισμός του κόστους χρησιμοποιείται ως εργαλείο σύγκρισης μεταξύ πόλεων και περιφερειών ως δείκτης ποιοτικού ελέγχου της παρασχεθείσας ιατρικής περίθαλψης.

Ωστόσο, είναι απαραίτητο να γίνονται οι ιδιωτικές ασφαλιστικές καλύψεις και πληρωμές (π.χ. για οδικά και εργατικά ατυχήματα) και για υπηρεσίες που προσφέρονται από ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η αποκέντρωση του συστήματος υγείας έχει οδηγήσει σε διαφορές στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή μοντέλων κοστολόγησης που αναπτύσσονται στις διάφορες αυτόνομες περιφέρειες.

Το βασικό μοντέλο γενικά απαιτεί όλα τα νοσοκομεία να χρησιμοποιούν ένα ελάχιστο αριθμό βασικών δεδομένων που περιλαμβάνει ένα σύνολο με μεταβλητές ασθενών και περιστατικών, ICD-9 διαγνώσεων και κωδικοποιημένων κλινικών διαδικασιών.

Οι πληροφορίες διοχετεύονται στο Υπουργείο Υγείας, μέσω αυτόνομων καναλιών πληροφόρησης το οποίο σταθμίζει τη βαρύτητα των κωδικών DRG ενσωματώνοντας πληροφορίες στοιχείων και βασικών δεδομένων κόστους του νοσοκομείου. Ορισμένες περιφέρειες χρησιμοποιούν πιο προηγμένα μοντέλα, όπως το διεθνές εξειδικευμένο DRG και άλλες περιοχές έχουν εφαρμόσει διαδικασίες βελτίωσης και ελέγχου της διαγνωστικής κωδικοποίησης, για να καθορίσουν μια κοινή τιμή από την DRG για την πληρωμή υπηρεσιών από ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στην Ισπανία, δεν υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τα συστήματα χρηματοδότησης για πανεπιστημιακά και μη νοσηλεύόμενα νοσοκομεία. Δεν υπάρχουν αλλαγές όσον αφορά την χρηματική κάλυψη δαπανών σε ασθενείς σε ιατρική ή χειρουργική μονάδα εντατικής θεραπείας ή πολύ δαπανηρών θεραπειών. Προβλήματα αναντιστοιχίας της θεραπείας και της καταχώρησης οδήγησαν στην ανάγκη μετάβασης σε ένα ενιαίο αδιάβλητο σύστημα που να εξασφαλίζει τη σωστή κωδικοποίηση της διάγνωσης, τη σοβαρότητα της πάθησης του ασθενούς με χρήση κλίμακας ταξινόμησης και κλίμακες θεραπευτικών παρεμβάσεων και επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εξέλιξης που να συνδέονται με συγκεκριμένες διαδικασίες εντατικής θεραπείας.

3.2.9 Η Ελληνική Πραγματικότητα

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα διέρχεται ένα μεταβατικό στάδιο σε όλα τα επίπεδα, οργανωτικό, διοικητικό, λειτουργικό, χρηματοδοτικό και σε όλους τους τομείς, πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, τεχνολογικό, νομικό ακόμη και οικολογικό.

Παρά τις προσπάθειες ανασυγκρότησης της η Ελλάδα δεν έχει ολοκληρώσει μέχρι σήμερα την εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων και ευρείας κωδικοποίησης ασθενειών, ιατρικών πράξεων κ.λπ. παρά την κυβερνητική βούληση και τη πρωτοβουλία του υπουργείου υγείας για προώθηση των πρότυπων ICD- 10 και ECR I και την προετοιμασία για την πρώτη της εφαρμογή.³²

³² <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/709-kleista-enopoihmena-noshlia-1>

Στο ελληνικό σύστημα κοστολόγησης δεν επικρατεί ρεαλιστική προσέγγιση του κόστους των ιατρικών δραστηριοτήτων δεν αποτυπώνεται η ακολουθούμενη διαδικασία για την αντιμετώπιση κάθε περιστατικού και συχνά αυτή δεν είναι καν σταθερή ώστε να εφαρμόζεται πάντα το ίδιο θεραπευτικό σχήμα. Συστήματα για την υποστήριξη και κοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως οι ομοειδής διαγνωστικές ομάδες (DRG) που κατατάσσουν τα περιστατικά υγείας σε κλινικά καθορισμένες ομάδες με παρόμοιο (και προκαθορισμένο) κόστος νοσηλείας στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμη λειτουργήσει. Τα συστήματα αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην ομαδοποίηση όλων των τύπων των παρεχόμενων θεραπευτικών αγωγών προκειμένου να λειτουργούν και ως "μονάδα αποτίμηση" στην διαδικασία χρηματοδότησης των φορέων υγείας πχ. Νοσοκομείων.

Η πολιτική κοστολόγησης στην Ελλάδα χρησιμοποιεί ακόμη χειρογραφική μέθοδο, η κοστολόγηση γίνεται από το λογιστήριο, ενώ γίνεται στροφή προς την αυτοματοποιημένη ηλεκτρονική διαχείριση, με ψηφιακές καταχωρήσεις των ιατρικών στοιχείων (Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς), των εξετάσεων και των αποτελεσμάτων, καταγραφή του συνόλου των ιατρικών δραστηριοτήτων που εκτελούνται στην αντιμετώπιση κάθε περιστατικού κλπ προκειμένου να προσδιοριστεί ένα μέσο κόστος ανά τύπο και κατηγορία περιστατικών.

3.3 Ανακεφαλαίωση

Σε ότι αφορά στην χρηματοδοτική κάλυψη των αναγκών είναι φανερό ότι από την μελέτη 8 περιπτώσεων χωρών της Ε.Ε. οι διαδικασίες προσανατολίζονται στη χρήση συστημάτων κωδικοποίησης και κοστολόγησης (DRG, ICD κλπ) όπου με κωδικούς, με βαθμολογίες, με τυποποίηση και ταξινόμηση θα αυτοματοποιηθούν και θα περιορίσουν λάθη, ελλείψεις και παραλήψεις από τα παραδοσιακά μοντέλα διάγνωσης, διασταύρωσης και κοστολόγησης που οδηγούν σε αναποτελεσματικότητα και μη αποδοτικότητα των χρηματοδοτήσεων του τομέα υγείας και της ασφαλιστικής κάλυψης των δαπανών σε υγεία.

Η 9^η περίπτωση αφορά στην Ελλάδα η οποία δεν συμβαδίζει σε πολιτικές και μεθόδους με τις προηγούμενες χώρες καθώς δεν έχει ακόμη αυτοματοποιήσει τις διαδικασίες κατάταξης και κοστολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης τουλάχιστον στο επίπεδο των δημόσιων φορέων υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Κόστη Υπηρεσιών Μ.Ε.Θ. Έρευνα και Αποτελέσματα

a. Εισαγωγή

Η ελληνική πραγματικότητα σε ότι αφορά τις δαπάνες χρηματοδότησης ΜΕΘ της τελευταίας δεκαετίας χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις εξαιτίας πολυετών παθογενειών σε όλα σχεδόν τα επίπεδα, πολιτικοκοινωνικό, τεχνοοικονομικό κλπ.

Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη και στην Ελλάδα έφερε σημαντικές αλλαγές στα οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα πολλών χωρών σε πολλούς τομείς.

Αυτό αποτυπώνεται και στο τομέα της υγείας όπου οι δαπάνες στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2016 σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (Νοέμβριος 2017) για χρηματοδότηση του τομέα ως ποσοστό του ΑΕΠ³³, κυμάνθηκε από 7,2% το 2000 (χαμηλότερο) έως 9,4% το 2010 (υψηλότερο) (Διάγραμμα 2.25, Παράρτημα «B»).

Η μελέτη διεξήγαγε μικρής έκτασης έρευνα προκειμένου να αποκτήσει μια ενδεικτική εικόνα της οικονομικής κατάστασης του τομέα υγείας στην Ελλάδα όπως έχει διαμορφωθεί το 2017 και των προοπτικών του όπως αποτυπώνεται στην έρευνα.

b. Στοιχεία και Μεθοδολογία της Έρευνας

i. Στοιχεία

Η έρευνα είχε διάρκεια περίπου 2 μήνες (Οκτώβριο και Νοέμβριο 2017). Η οργάνωση και διεξαγωγή περιλάμβανε δημιουργία κειμένων ερωτηματολογίων, εκτυπώσεις, συγκέντρωση στοιχείων αποδεκτών των ερωτηματολογίων, δημιουργία λιστών με email και τηλέφωνα, επικοινωνία με τους αποδέκτες, κλείσιμο των ραντεβού συνεντεύξεων, παραλαβή και έλεγχο των ερωτηματολογίων και εισαγωγή των δεδομένων σε λογιστικά φύλλα excel.

ii. Μεθοδολογία

Η έρευνα διεξήχθη καταρχήν βιβλιογραφικά προκειμένου να εντοπιστούν τα σημαντικότερα σημεία μελέτης και διερεύνησης. Ακολούθως εκτελέστηκε μικρός αριθμός συνεντεύξεων πάνω στα θέματα που εντοπίστηκαν προκειμένου να αναλυθούν περισσότερο και να δημιουργηθεί ένα αρχικό ερωτηματολόγιο κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων με χρήση της κλίμακας Likert (5 βαθμίδων) πάνω στα βασικότερα σημεία ενδιαφέροντος μας. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε

³³ <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

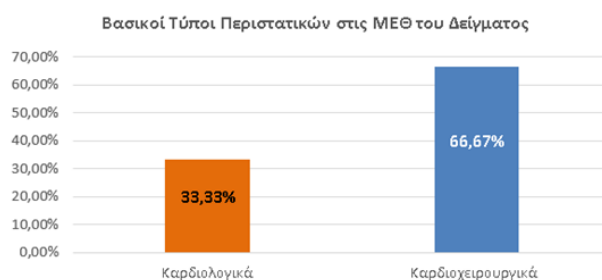
μικρό αριθμό αποδεκτών για διερεύνηση τυχόν δυσχερειών στην κατανόηση και συμπλήρωση του. (Έντυπο 3.1, Παράρτημα «Γ»).

iii. Δείγμα

Οι αποδέκτες της έρευνας μέσω ερωτηματολογίου ήταν κυρίως εργαζόμενα στελέχη σε μονάδες εντατικής θεραπείας σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία διαφόρων ειδিকেύσεων στην Αττική. Ακολούθως δίνονται τα βασικά στοιχεία του προφίλ των ερωτηθέντων του δείγματος:

4.2.3.1 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.1) απασχολείται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που περιθάλπουν κατά το πλείστον καρδιοχειρουργικά (66,67%) και καρδιολογικά (33,33%)

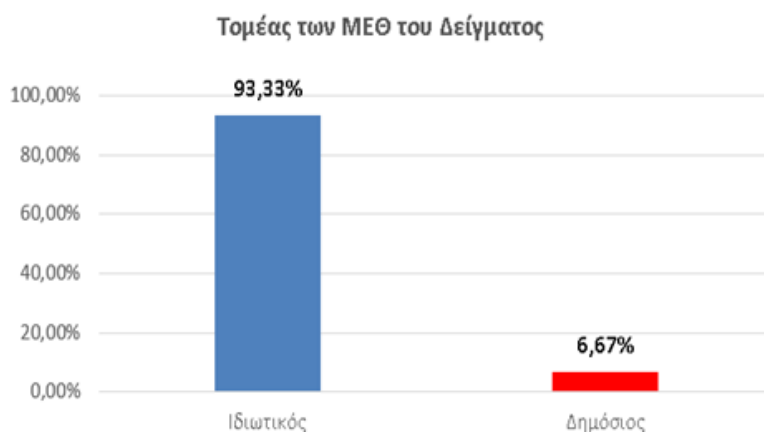
περιστατικά υγείας



Διάγραμμα 4.1

Βασικοί Τύποι Περιστατικών που Περιθάλπονται από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.2 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.2) απασχολείται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του ιδιωτικού τομέα (93,33%) και το υπόλοιπο μέρος σε μονάδες του δημόσιου τομέα (6,67%)



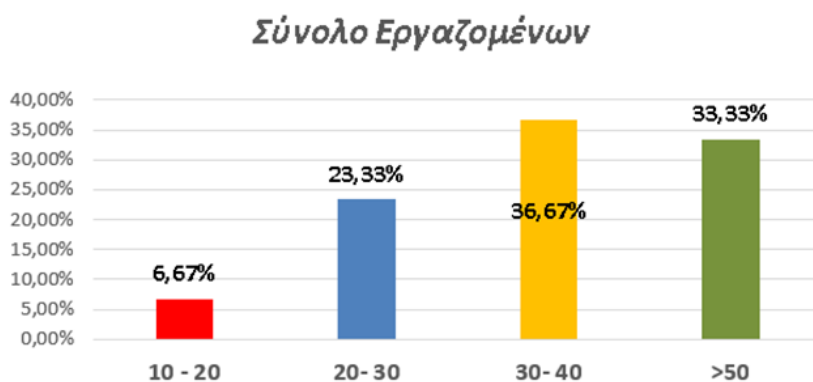
Διάγραμμα 4.2
Τομείς των ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.3 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.3) έχει ηλικία μεταξύ 41-50 έτη (50%) ενώ οι υπόλοιποι μοιράζονται μεταξύ 31-40 ετών (40%) και άνω των 50 ετών (10%)



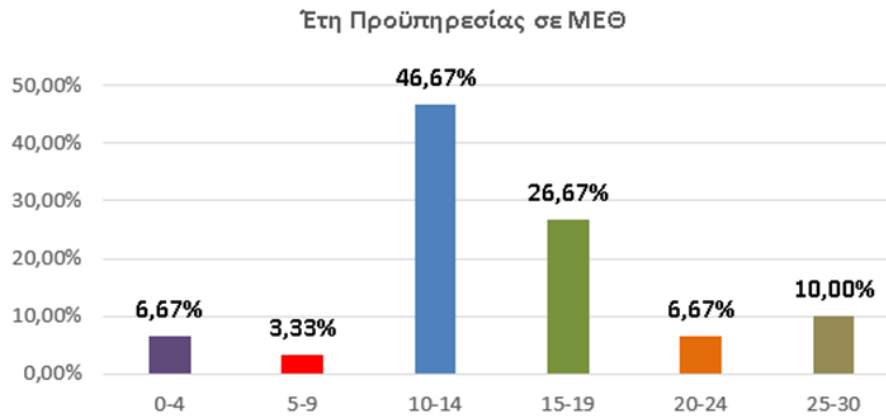
Διάγραμμα 4.3
Κατανομή Ηλικιών των Ερωτηθέντων του Δείγματος

4.2.3.4 Το σύνολο των εργαζόμενων ανεξαρτήτου ειδικότητας που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του δείγματος (Διάγραμμα 4.4) κυμαίνεται από 30-40 άτομα (36,67%) ενώ τα υπόλοιπα μεγέθη κυμαίνονται σε άνω των 50 ατόμων (33,33%), 20-30 άτομα (23,33%) και 10-20 (6,67%)



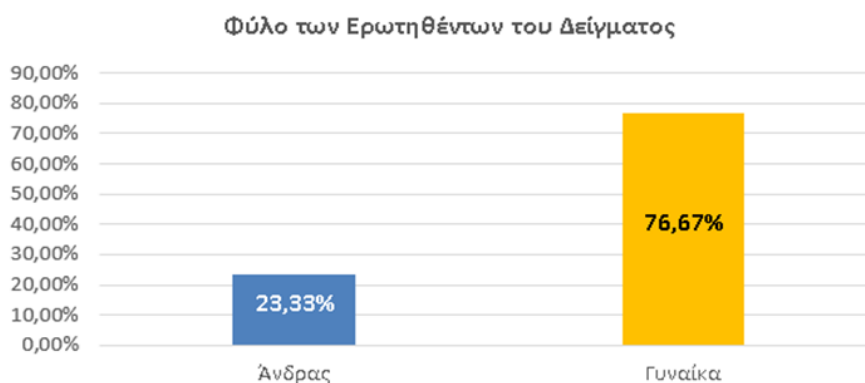
Διάγραμμα 4.4
Κατανομή του Αριθμού Εργαζομένων στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.5 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.5) έχει προϋπηρεσία σε ΜΕΘ μεταξύ 10-14 έτη (46,67%) ενώ υπολείπονται με 15-19 έτη (26,67%) και 25-30 έτη (10%) και 20-24 έτη (6,67%). Νεοεισερχόμενοι με μικρή προϋπηρεσία έως 9 έτη δεν ξεπερνούν το 10% αθροιστικά



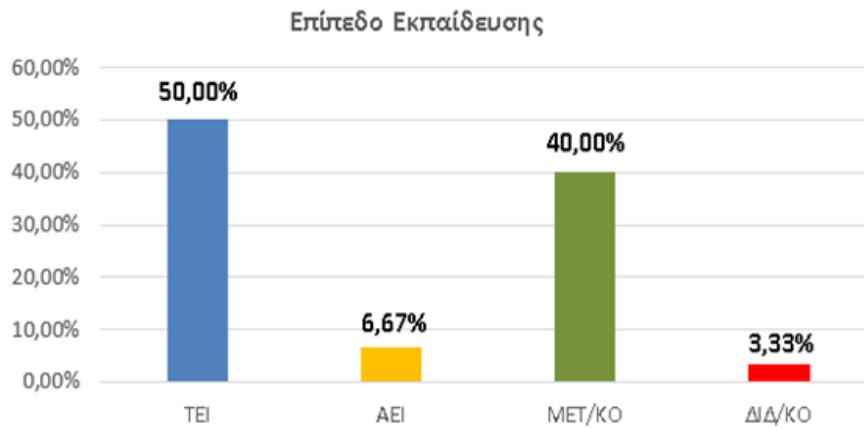
Διάγραμμα 4.5
Έτη Προϋπηρεσίας των Ερωτηθέντων του Δείγματος σε ΜΕΘ

4.2.3.6 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.6) είναι γυναίκες (76,67%) και το υπόλοιπο άνδρες (23,33%)



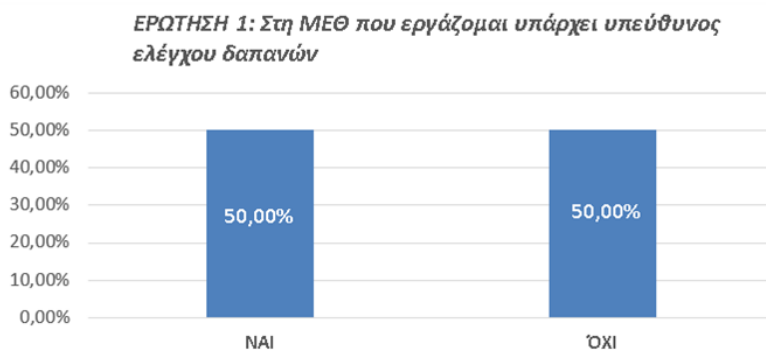
Διάγραμμα 4.6
Φύλο των Ερωτηθέντων του Δείγματος

4.2.3.7 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.7) είναι κυρίως Τ.Ε. (50%) επίπεδου εκπαίδευσης και Μεταπτυχιακού (40%). Το υπόλοιπο μοιράζεται σε επίπεδου ΑΕΙ (6,67%) και Διδακτορικού (3,33%)



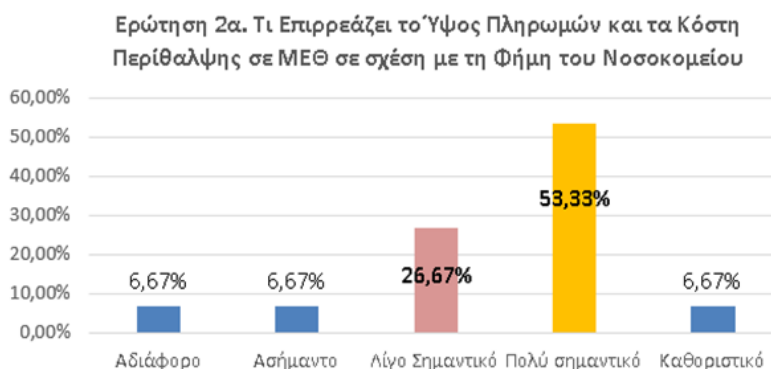
Διάγραμμα 4.7
Επίπεδο Εκπαίδευσης των Ερωτηθέντων του Δείγματος

4.2.3.8 Σε ίσα μέρη μοιράστηκε το σύνολο των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.8) που απαντά αν στις ΜΕΘ που απασχολούνται υπάρχει υπεύθυνος ελέγχου δαπανών



Διάγραμμα 4.8
Ύπαρξη Υπεύθυνου Ελέγχου Δαπανών στις ΜΕΘ του Δείγματος

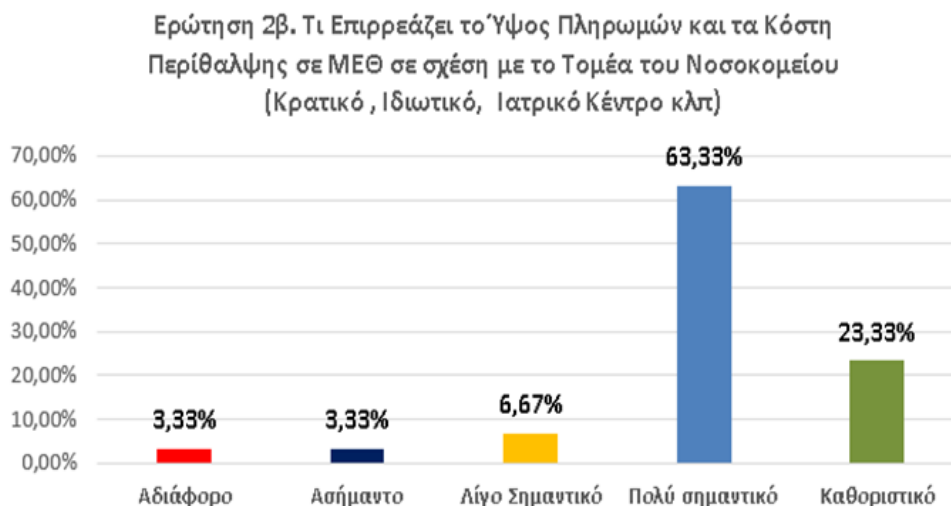
4.2.3.9 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.9) απαντά ότι η φήμη του νοσοκομείου επηρεάζει κατά πολύ (53,33%) τα κόστη περίθαλψης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και κατά λίγο το αμέσως επόμενο (26,67%)



Διάγραμμα 4.9

Επιρροή της Φήμης του Νοσοκομείου των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

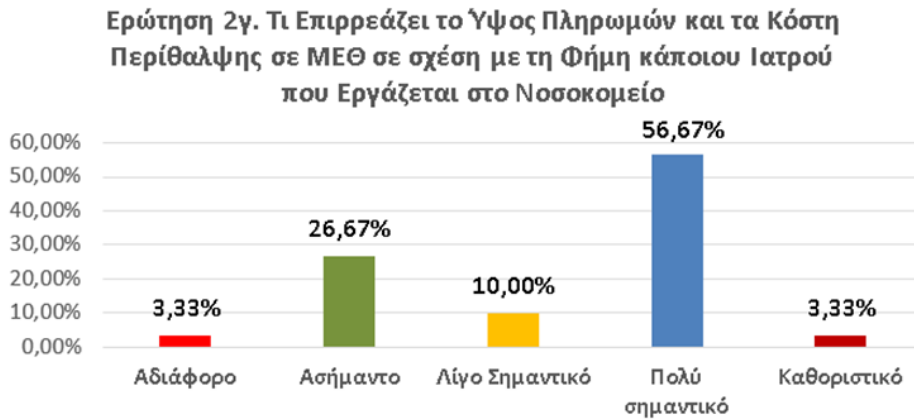
4.2.3.10 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.10) απαντά ότι ο κλάδος του νοσοκομείου (ιδιωτικό, κρατικό κλπ) επηρεάζει κατά πολύ (63,33%) τα κόστη περίθαλψης σε ΜΕΘ και καθοριστικά το αμέσως επόμενο (23,33%)



Διάγραμμα 4.10

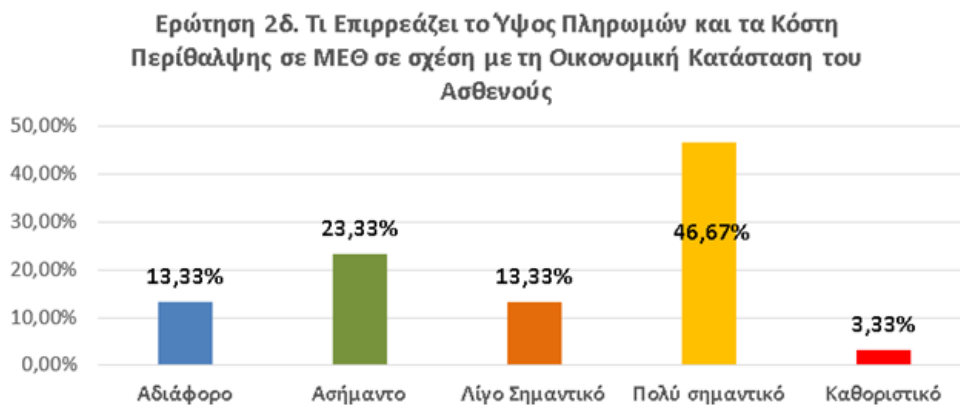
Επιρροή του Κλάδου του Νοσοκομείου των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

4.2.3.11 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.11) απαντά ότι η φήμη γνωστού ιατρού που εργάζεται στο νοσοκομείο της ΜΕΘ επηρεάζει πολύ (56,67%) τα κόστη περίθαλψης της ΜΕΘ ενώ ασήμαντο το αμέσως επόμενο (26,67%)



Διάγραμμα 4.11
Επιρροή της Φήμης Ιατρού που Εργάζεται στο Νοσοκομείο των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

4.2.3.12 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.12) απαντά ότι η οικονομική κατάσταση του ασθενούς που περιθάλπεται σε ΜΕΘ του δείγματος να επηρεάζει κατά πολύ (46,67%) τα κόστη περίθαλψης και ασήμαντο το αμέσως επόμενο (23,33%)



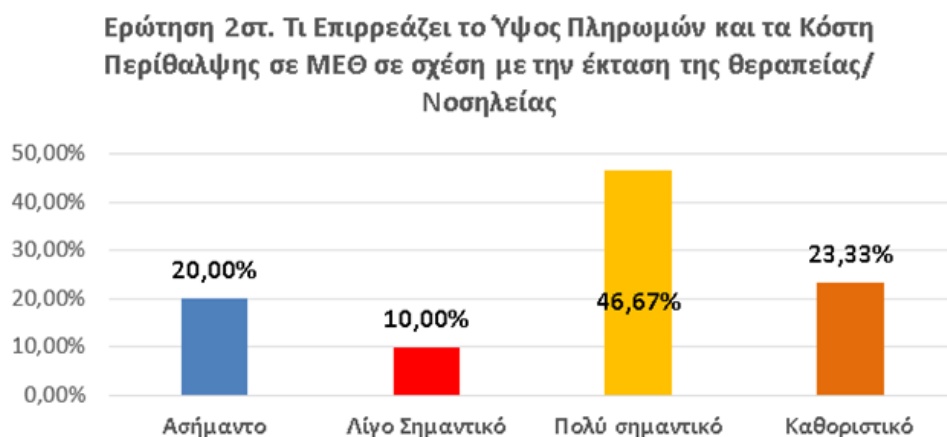
Διάγραμμα 4.12
Επιρροή της Οικονομικής Κατάστασης του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

4.2.3.13 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.13) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος το είδος της ασθένειας που περιθάλπεται επηρεάζει κατά πολύ (46,67%) τα κόστη περίθαλψης ενώ ασήμαντο το αμέσως επόμενο (23,33%)



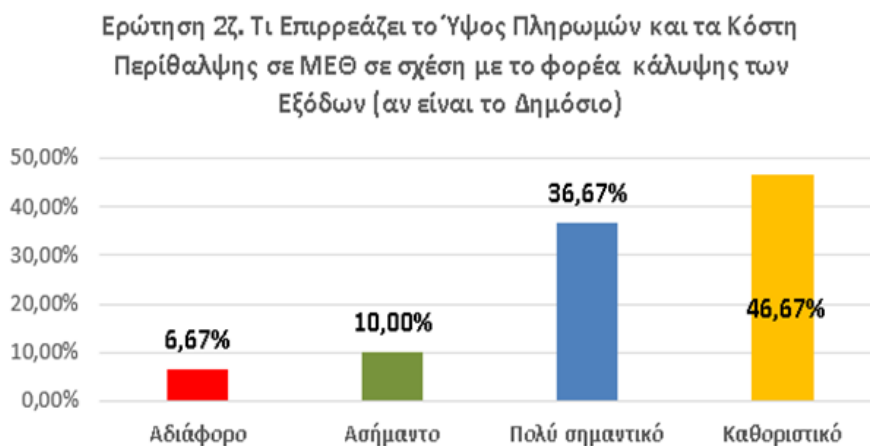
Διάγραμμα 4.13
Επιρροή του Είδους Ασθένειας του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

4.2.3.14 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.14) απαντά ότι η έκταση της θεραπείας/ νοσηλείας του ασθενούς που περιθάλπεται σε νοσοκομείο των ΜΕΘ του δείγματος επηρεάζει κατά πολύ (46,67%) τα κόστη περίθαλψης και καθοριστικά το αμέσως επόμενο (23,33%)



Διάγραμμα 4.14
Επιρροή της Έκτασης Θεραπείας / Νοσηλείας του Ασθενούς που Περιθάλπεται στο Νοσοκομείο των ΜΕΘ του Δείγματος στο Κόστος Περίθαλψης

4.2.3.15 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.15) απαντά ότι όταν ο φορέας κάλυψης του κόστους θεραπείας/ νοσηλείας του ασθενούς σε ΜΕΘ του δείγματος είναι το δημόσιο τα κόστη περίθαλψης επηρεάζονται καθοριστικά (46,67%) ή κατά πολύ (36,67%)



Διάγραμμα 4.15
Επιρροή στο Κόστος Περίθαλψης του Είδους του Φορέα Κάλυψης των Δαπανών Θεραπείας / Νοσηλείας Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.16 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.16) απαντά ότι όταν ο φορέας κάλυψης του κόστους θεραπείας/ νοσηλείας του ασθενούς που περιθάλπεται σε ΜΕΘ του δείγματος είναι Ιδιωτική Ασφαλιστική Εταιρεία τα κόστη περίθαλψης επηρεάζονται κατά πολύ (46,67%)



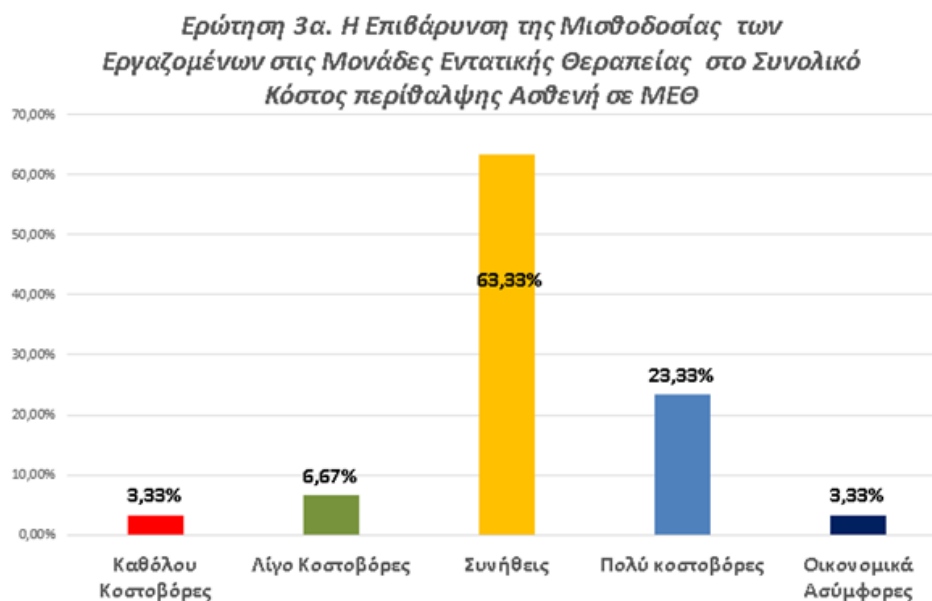
Διάγραμμα 4.16
Επιρροή στο Κόστος Περίθαλψης του Τομέα του Φορέα Ασφάλισης των Δαπανών Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.17 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.17) απαντά ότι η κάλυψη των εξόδων θεραπείας/ νοσηλείας του ασθενούς σε ΜΕΘ του δείγματος επηρεάζει τα κόστη περίθαλψης κατά πολύ (46,67%) αν ο ασθενής πληρώνει απευθείας



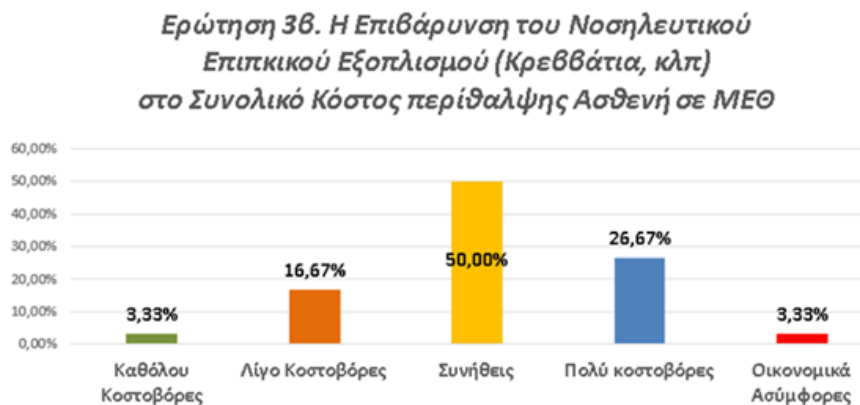
Διάγραμμα 4.17
Επιρροή στο Ύψος Πληρωμών σε ΜΕΘ σε Σχέση με το αν η Κάλυψη των Εξόδων Περίθαλψης γίνεται Ατομικά από τον Ασθενή

4.2.3.18 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.18) απαντά ότι η μισθοδοσία των εργαζομένων στις ΜΕΘ του δείγματος επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας κατά συνήθη τρόπο (63,33%) ενώ κατά πολύ το επόμενο (23,33%)



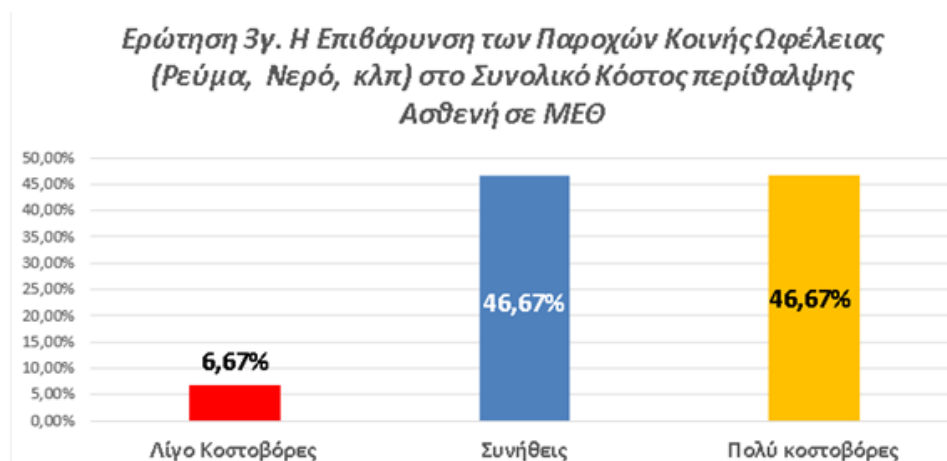
Διάγραμμα 4.18
Επιρροή της Μισθοδοσίας των Εργαζομένων στις ΜΕΘ στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.19 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.19) απαντά ότι ο νοσηλευτικός εξοπλισμός επίπλωσης, (Κρεβάτια, κλινοσκεπάσματα, κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά συνήθη τρόπο (50%) ενώ κατά πολύ (26,67%) το επόμενο



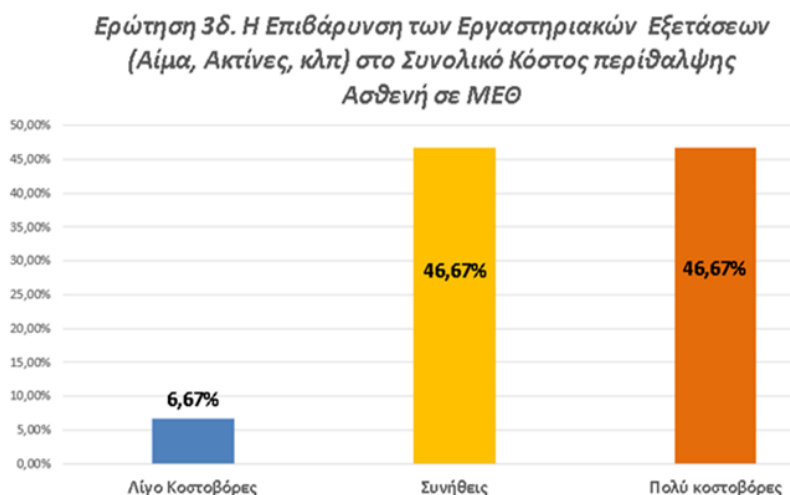
Διάγραμμα 4.19
Επιρροή του Επιπλικού Νοσηλευτικού Εξοπλισμού στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.20 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.20) απαντά ότι οι παροχές κοινής ωφελείας των ΜΕΘ, (Ρεύμα, Νερό, Τηλέφωνα κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά συνήθη τρόπο (46,67%) έως κατά τρόπο πολύ κοστοβόρο (46,67%)



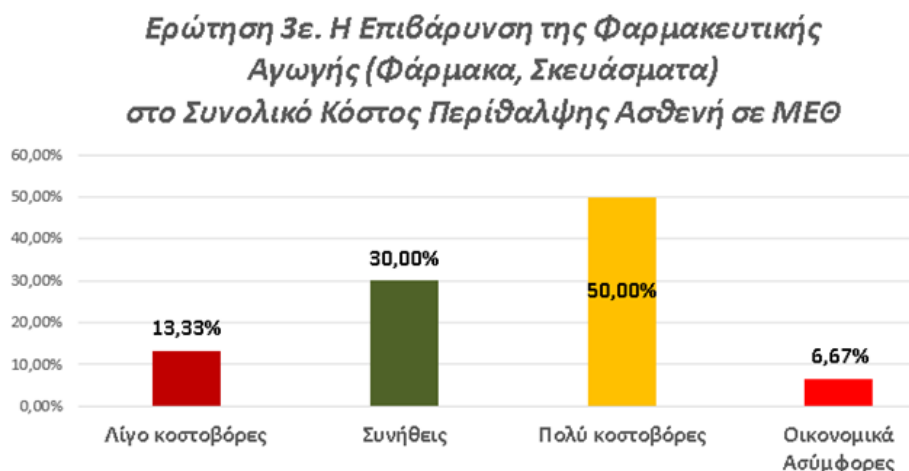
Διάγραμμα 4.20
Επιρροή των Παροχών Κοινής Ωφελείας στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.21 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.21) απαντά ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις, (Αίμα, Ακτίνες κλπ) επιβαρύνουν το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά συνήθη τρόπο (46,67%) έως κατά τρόπο πολύ κοστοβόρο (46,67%)



Διάγραμμα 4.21|
Επιβάρυνση των Εργαστηριακών Εξετάσεων στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης σε ΜΕΘ

4.2.3.22 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.22) απαντά ότι η φαρμακευτική αγωγή, (φάρμακα, σκευάσματα κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά τρόπο πολύ κοστοβόρο (50%) και κατά συνήθη τρόπο (30%) το επόμενο



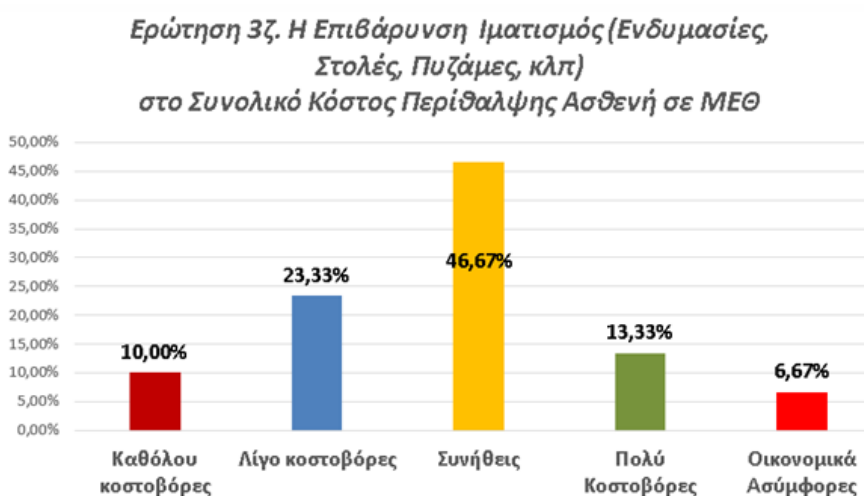
Διάγραμμα 4.22
Η Επιβάρυνση της Φαρμακευτικής Αγωγής (Φάρμακα, Σκευάσματα) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.23 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.23) απαντά ότι τα αναλώσιμα (οροί, αίμα, σύριγγες κλπ) επιβαρύνουν το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά συνήθη τρόπο (43,33%), ενώ κατά πολύ (33,33%) το επόμενο



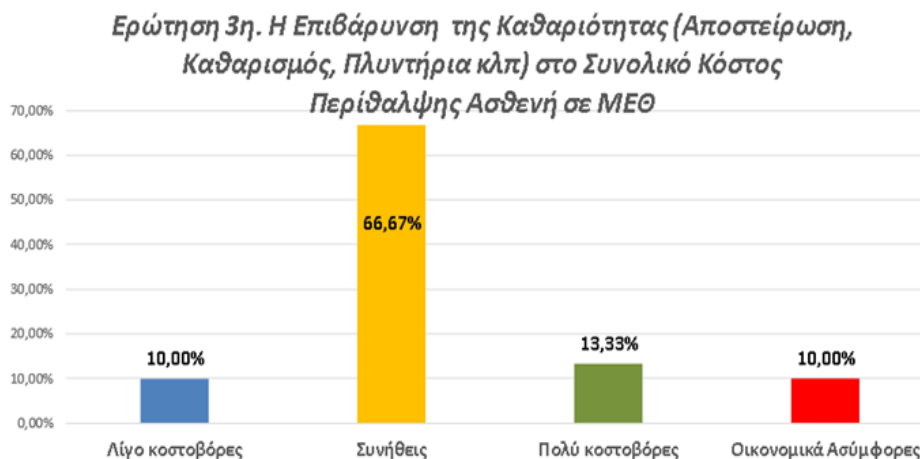
Διάγραμμα 4.23
Η Επιβάρυνση των Αναλώσιμων (Οροί, Αίμα, Σύριγγες κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.24 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.24) απαντά ότι ο ιματισμός (ενδυμασίες, στολές, κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά τρόπο συνήθη (46,67%) ενώ κατά τρόπο λίγο (23,33%) το επόμενο



Διάγραμμα 4.24
Η Επιβάρυνση του Ιματισμού (Ενδυμασίες, Στολές, Πυζάμες, κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.25 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.25) απαντά ότι η καθαριότητα (αποστείρωση, γενικός καθαρισμός, πλυντήρια κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά τρόπο συνήθη (66,67%) ενώ κατά τρόπο πολύ κοστοβόρο το αμέσως επόμενο (13,33%)



Διάγραμμα 4.25
Η Επιβάρυνση της Καθαριότητας (Αποστείρωση, Καθαρισμός, Πλυντήρια κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.26 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.26) απαντά ότι η διατροφή των ασθενών (γενική, ειδικές δίαιτες, κλπ) επιβαρύνει το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά τρόπο συνήθη (56,67%) ενώ κατά τρόπο λίγο (23,33%) το αμέσως επόμενο



Διάγραμμα 4.26
Η Επιβάρυνση της Διατροφής των Ασθενών (Γενική διατροφή, Ειδικές Δίαιτες, κλπ) στο Συνολικό Κόστος Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.27 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.27) απαντά ότι τα διοικητικά έξοδα (διαχείριση αρχείου, προσωπικού, ασθενών, αλληλογραφία, κλπ) επιβαρύνουν το συνολικό κόστος θεραπείας/ νοσηλείας σε ΜΕΘ του δείγματος κατά τρόπο συνήθη (63,33%) ενώ κατά τρόπο λίγο (16,67%) το αμέσως επόμενο



Διάγραμμα 4.27
**Η Επιβάρυνση των Διοικητικών Εξόδων (Διαχείριση Αρχείου,
Προσωπικού, Ασθενών, Αλληλογραφία, κλπ) στο Συνολικό Κόστος
Περίθαλψης Ασθενούς στις ΜΕΘ του Δείγματος**

4.2.3.28 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.28) απαντά ότι οι διαδικασίες σχεδιασμού και διαχείρισης δαπανών σε μισθούς των εργαζομένων σε ΜΕΘ του δείγματος επικεντρώνονται στην ανάλυση και στο προσχεδιασμό τους (40%) ενώ έγκαιρο προγραμματισμό για την εκτέλεση τους και έγκριση το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)



Διάγραμμα 4.28
**Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Μισθούς
Εργαζομένων στις ΜΕΘ του Δείγματος**

4.2.3.29 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.29) απαντά ότι οι διαδικασίες σχεδιασμού και διαχείρισης δαπανών για νοσηλευτικό εξοπλισμό (κρεβάτια, κλινοσκεπάσματα, κλπ) σε ΜΕΘ του δείγματος προϋποθέτουν έγκριση (63,33%)

Ερώτηση 46. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Νοσηλευτικό Εξοπλισμό (Κρεβάτια, Κλινοσκεπάσματα, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.29
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Νοσηλευτικό Εξοπλισμό (Κρεβάτια, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.30 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.30) απαντά ότι οι δαπάνες για ιατρικό εξοπλισμό (ιατρικά εργαλεία, μηχανήματα κλπ) σε ΜΕΘ του δείγματος προϋποθέτουν έγκριση (56,67%) ενώ έγκαιρο προγραμματισμό για την εκτέλεση τους το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)

Ερώτηση 47. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Ιατρικό Εξοπλισμό (Ιατρικά Εργαλεία, Μηχανήματα κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

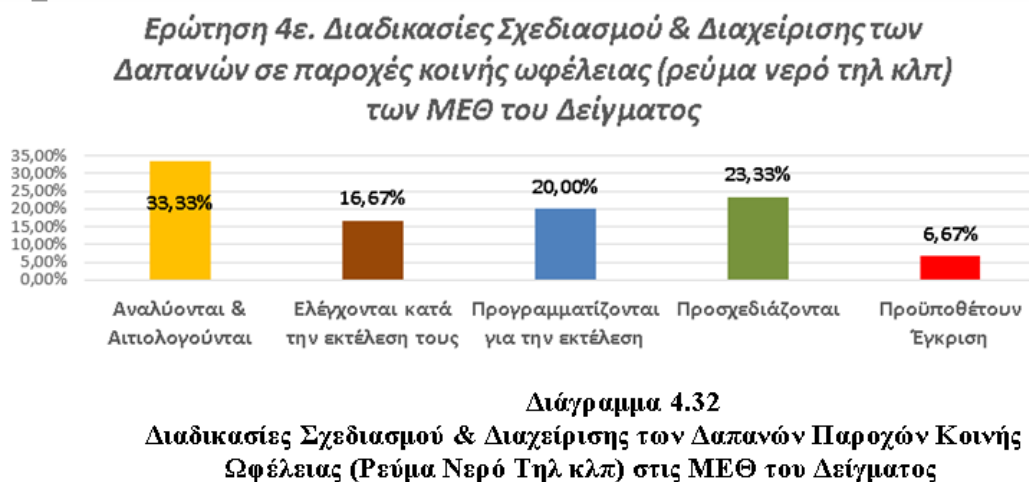


Διάγραμμα 4.30
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Ιατρικό Εξοπλισμό (Ιατρικά Εργαλεία, Μηχανήματα κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.31 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.31) απαντά ότι οι δαπάνες για κατοχή, χρήση και συντήρηση του κτιριακού χώρου των ΜΕΘ του δείγματος προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους (33,33%) ενώ προϋποθέτουν έγκριση το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



4.2.3.32 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.32) απαντά ότι οι δαπάνες για παροχές κοινής ωφέλειας (ρεύμα νερό τηλέφωνο κλπ) των ΜΕΘ του δείγματος επικεντρώνονται στην ανάλυση και αιτιολόγηση τους (33,33%) ενώ προσχεδιασμό τους το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23,33%)



4.2.3.33 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.33) απαντά ότι οι δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις των ΜΕΘ του δείγματος προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους (36,67%) ενώ ανάλυση και αιτιολόγηση τους το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)

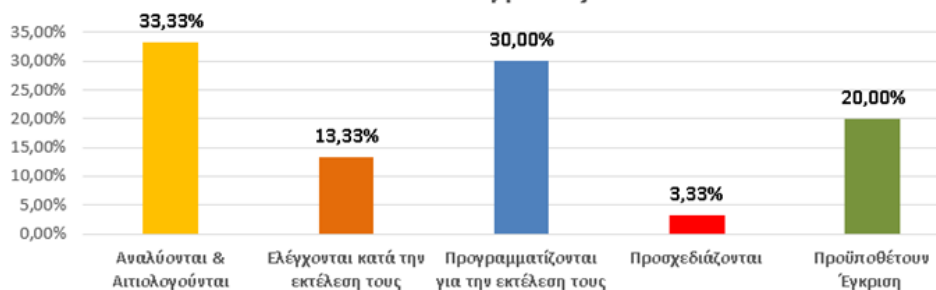
Ερώτηση 4στ. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε εργαστηριακές εξετάσεις των ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.33
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών για Εργαστηριακές Εξετάσεις στις ΜΕΘ του Δείγματος

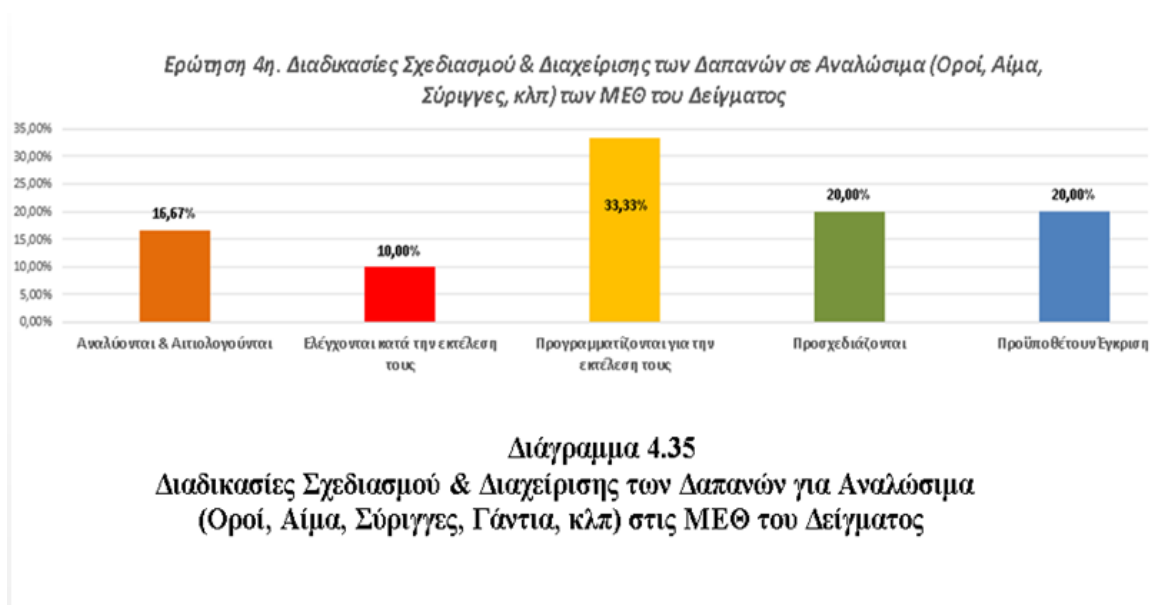
4.2.3.34 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.34) απαντά ότι οι δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή, φάρμακα των ΜΕΘ του δείγματος αναλύονται και αιτιολογούνται (33,33%) ενώ προγραμματισμό για την εκτέλεση τους απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)

Ερώτηση 4ζ. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα των ΜΕΘ του Δείγματος

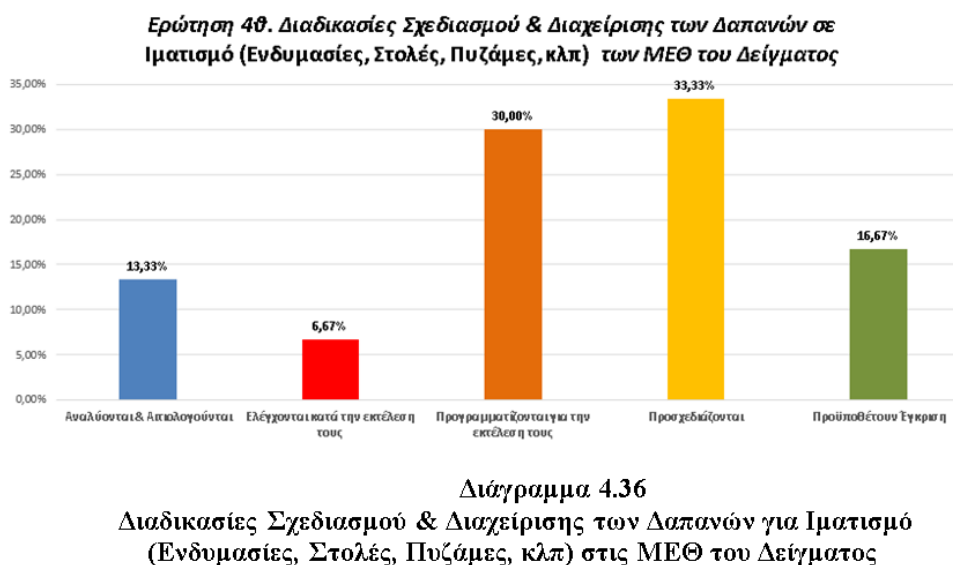


Διάγραμμα 4.34
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών για Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.35 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.35) απαντά ότι οι δαπάνες για αναλώσιμα (οροί, αίμα, σύριγγες, γάντια, κλπ) των ΜΕΘ του δείγματος (33,33%) προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους ενώ προσχεδιασμό και έγκριση για την εκτέλεση τους απαντάνε το αμέσως επόμενο σε ισομεγέθη (20%)



4.2.3.36 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.36) απαντά ότι οι δαπάνες για ιματισμό (ενδυμασίες, στολές, πιζάμες, κλπ) των ΜΕΘ του δείγματος (33,33%) προσχεδιάζονται ενώ προγραμματισμό για την εκτέλεση τους απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



4.2.3.37 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.37) απαντά ότι οι δαπάνες για καθαριότητα (αποστείρωση, καθαρισμοί, πλυντήρια) των ΜΕΘ του δείγματος (40%) προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους ενώ προσχεδιασμό απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23.33%)

Ερώτηση 4ι. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Καθαριότητα (Αποστείρωση, Καθαρισμοί, Πλυντήρια) Των ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.37

Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών για Καθαριότητα (Αποστείρωση, Καθαρισμοί, Πλυντήρια) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.38 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.38) απαντά ότι οι δαπάνες για διατροφή ασθενών (ειδικές δίαιτες, κλπ) των ΜΕΘ του δείγματος (36,67%) προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους ενώ προσχεδιάζονται απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23,33%)

Ερώτηση 4ια. Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών σε Διατροφή Ασθενών (Ειδικές Δίαιτες, κλπ) των ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.38

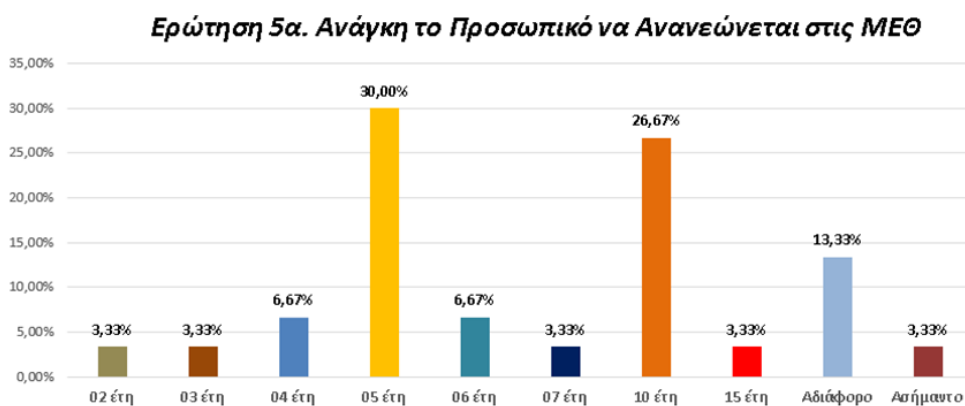
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών για Διατροφή Ασθενών (Ειδικές Δίαιτες, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.39 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.39) απαντά ότι οι δαπάνες για διοικητικά των ΜΕΘ του δείγματος (30%) προϋποθέτουν έγκριση ενώ αναλύονται, αιτιολογούνται και προσχεδιάζονται απαντούν τα αμέσως επόμενα ισομεγέθη μέρη (23,33%)



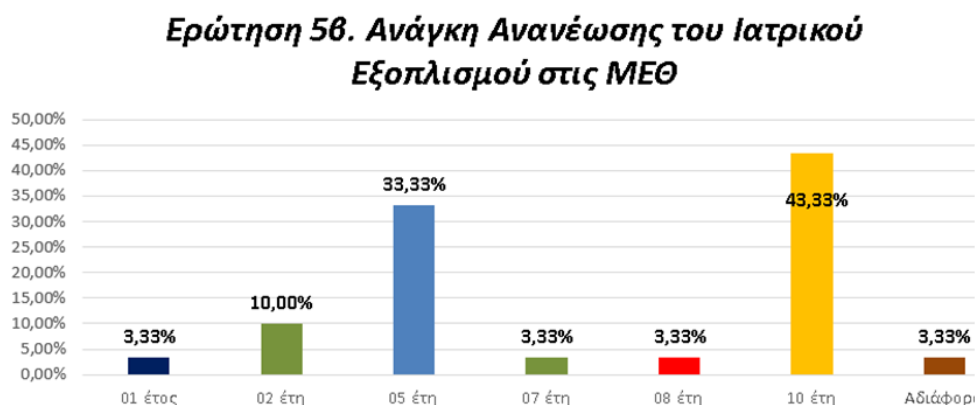
Διάγραμμα 4.39
Διαδικασίες Σχεδιασμού & Διαχείρισης των Δαπανών για Διοικητικά στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.40 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.40) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας το προσωπικό θα πρέπει ανά πενταετία να ανανεώνεται (30%) ενώ ανά δεκαετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (26.67%)



Διάγραμμα 4.40
Ανάγκη το Προσωπικό να Ανανεώνεται στις ΜΕΘ

4.2.3.41 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.41) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο ιατρικός εξοπλισμός θα πρέπει να ανανεώνεται κάθε δεκαετία (43,33%) ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (33,33%)



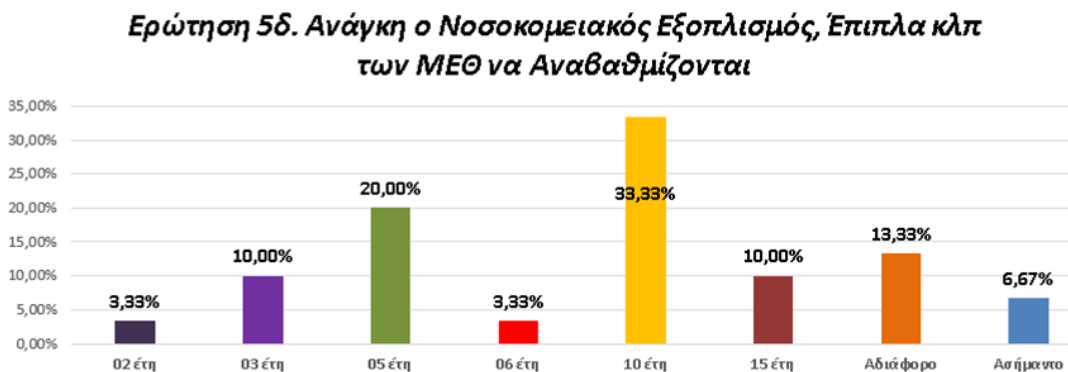
Διάγραμμα 4.41
Ανάγκη Ανανέωσης του Ιατρικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ

4.2.3.42 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.42) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο χώρος και οι εγκαταστάσεις θα πρέπει να ανακαινίζονται ανά δεκαετία (23,33%) ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)



Διάγραμμα 4.42
Ανάγκη Ανακαίνισης του Χώρου και των Εγκαταστάσεων στις ΜΕΘ

4.2.3.43 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.43) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο νοσοκομειακός εξοπλισμός, έπιπλα θα πρέπει να αναβαθμίζονται ανά δεκαετία (33,33%) ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)



Διάγραμμα 4.43
Ανάγκη Αναβάθμισης του Νοσοκομειακού Εξοπλισμού, Έπιπλα κλπ στις ΜΕΘ

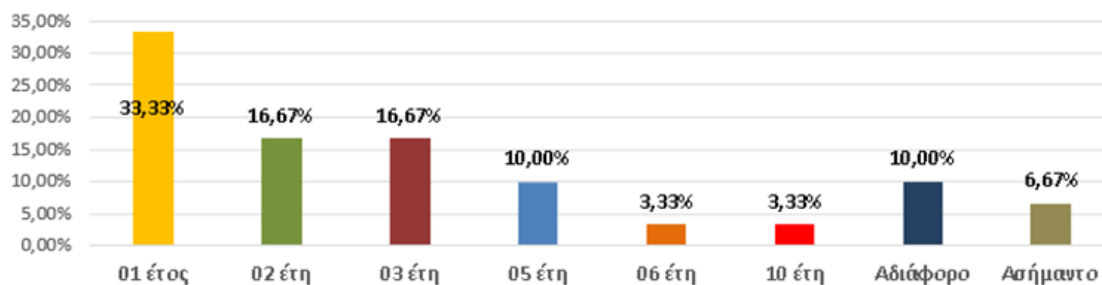
4.2.3.44 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.44) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο χώρος και οι εγκαταστάσεις θα πρέπει να ανακαινίζονται ετησίως (33,33%), ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



Διάγραμμα 4.44
Ανάγκη Εξέλιξης των Διαδικασιών Περίθαλψης στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.45 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.45) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι φαρμακευτικές αγωγές και τα φάρμακα θα πρέπει ετησίως να ανανεώνονται (33,33%) ενώ κάθε 2-3 χρόνια απαντούν τα αμέσως επόμενα ισομεγέθη μέρη (16,67%)

Ερώτηση 5στ. Ανάγκη οι Φαρμακευτικές Αγωγές και τα Φάρμακα στις ΜΕΘ να Ανακαινίζονται

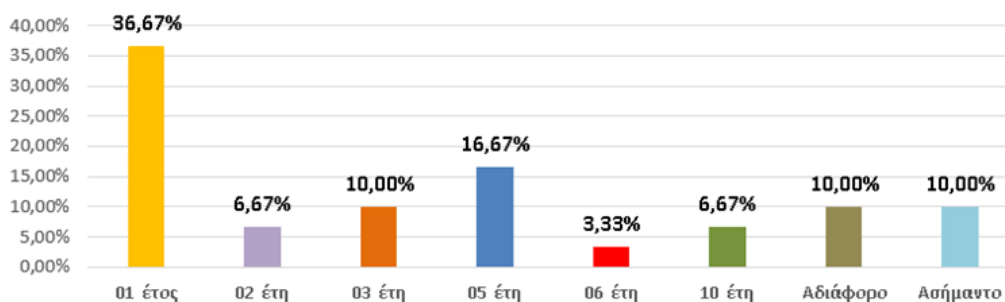


Διάγραμμα 4.45

Ανάγκη Εξέλιξης των Φαρμακευτικών Αγωγών και των Φαρμάκων στις ΜΕΘ

4.2.3.46 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.46) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι εργαστηριακές εξετάσεις θα πρέπει να εξελίσσονται ετησίως (36,67%) ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (16,67%)

Ερώτηση 5ζ. Ανάγκη οι Εργαστηριακές Εξετάσεις στις ΜΕΘ να Εξελίσσονται

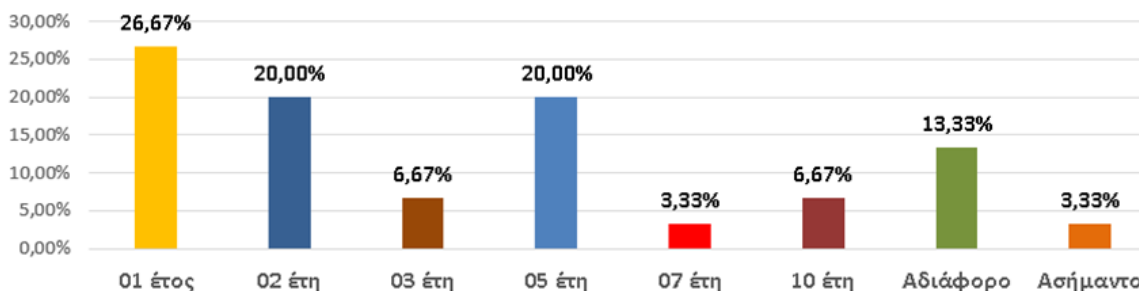


Διάγραμμα 4.46

Ανάγκη Εξέλιξης των Εργαστηριακών Εξετάσεων στις ΜΕΘ

4.2.3.47 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.47) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι διοικητικές διαδικασίες που αφορούν στις ΜΕΘ θα πρέπει να αναβαθμίζονται ετήσια (26,67%), ενώ κάθε 2 με 5 χρόνια απαντούν τα αμέσως επόμενα ισομεγέθη μέρη (20%)

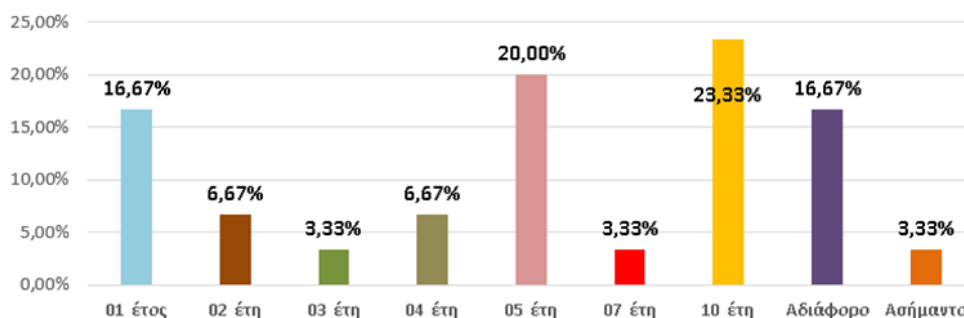
Ερώτηση 5η. Ανάγκη οι Διοικητικές Διαδικασίες στις ΜΕΘ να Αναβαθμίζονται



Διάγραμμα 4.47
Ανάγκη Αναβάθμισης των Διοικητικών Διαδικασιών στις ΜΕΘ

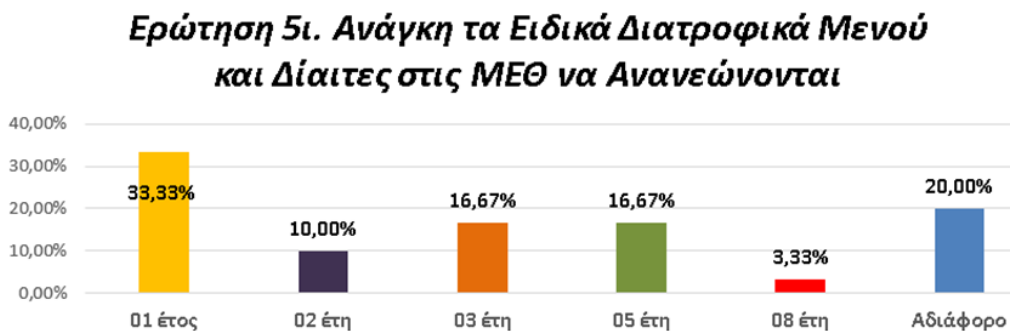
4.2.3.48 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.48) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ο ιματισμός και τις ενδυμασίες που αφορούν στις ΜΕΘ θα πρέπει να ανανεώνονται ανά δεκαετία (23,33%), ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)

Ερώτηση 5θ. Ανάγκη ο Ιματισμός και οι Ενδυμασίες στις ΜΕΘ να Ανανεώνονται



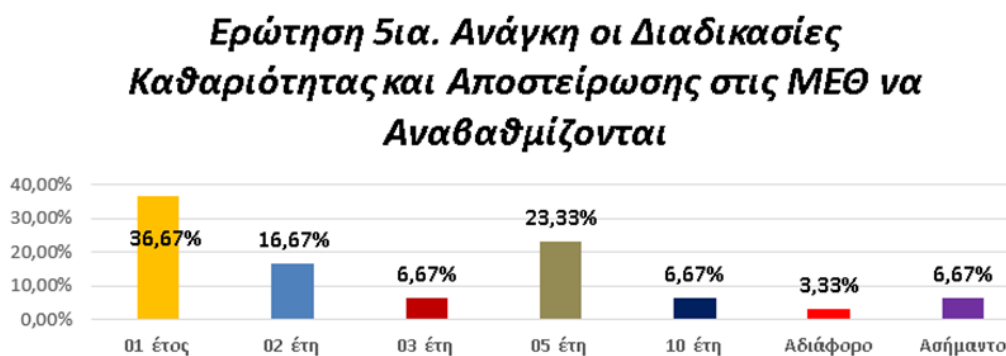
Διάγραμμα 4.48
Ανάγκη Ανανέωσης του Ιματισμού και των Ενδυμασιών στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.49 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.49) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας τα ειδικά διατροφικά μενού και τις δίαιτες θα πρέπει ετησίως να ανανεώνονται (33,33%) ενώ αδιάφορο απαντούν το αμέσως επόμενο (20%)



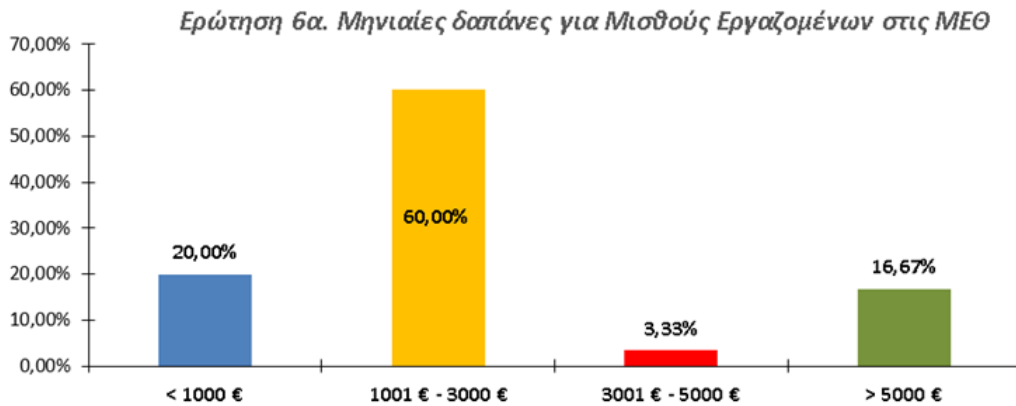
Διάγραμμα 4.49
Ανάγκη Ανανέωσης των Ειδικών Διατροφικών Μενού και Δίαιτων στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.50 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.50) απαντά ότι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι διαδικασίες καθαριότητας και αποστείρωσης θα πρέπει να αναβαθμίζονται ετησίως (36,67%) ενώ ανά πενταετία απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23,33%)



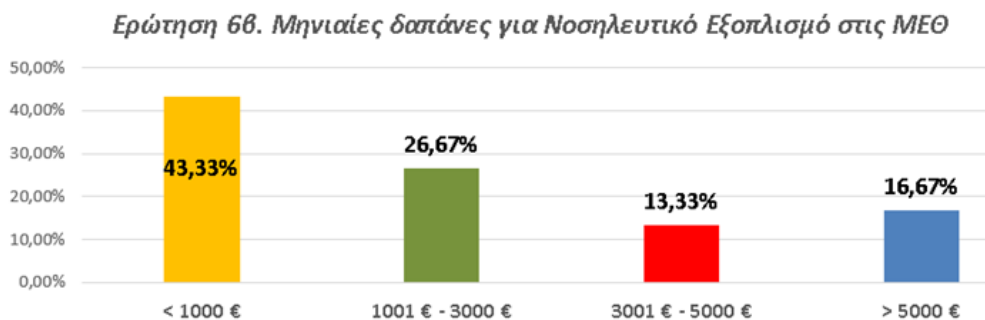
Διάγραμμα 4.50
Ανάγκη Ανανέωσης των Διαδικασιών Καθαριότητας και Αποστείρωσης στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.51 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.51) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για μισθούς των εργαζομένων στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ €1001 έως €3000 (60%), ενώ κάτω από €1000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (20%)



Διάγραμμα 4.51
Μηνιαίες Δαπάνες σε Μισθούς Εργαζομένων στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.52 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.52) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για νοσηλευτικό εξοπλισμό, έπιπλα κλπ στις ΜΕΘ του δείγματος φτάνουν μέχρι €1000 (43,33%), ενώ από €1002 έως €3000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (26,67%)



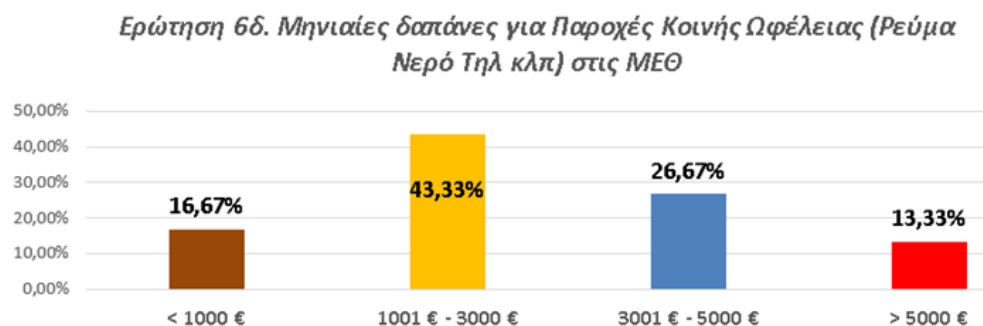
Διάγραμμα 4.52
Μηνιαίες Δαπάνες σε Νοσηλευτικό Εξοπλισμό, Έπιπλα κλπ στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.53 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.53) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για κτιριακό χώρο της ΜΕΘ, εγκαταστάσεις κλπ στις ΜΕΘ του δείγματος φτάνουν έως €1000 (50%), ενώ κάτω από €3001 έως €5000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (26,67%)



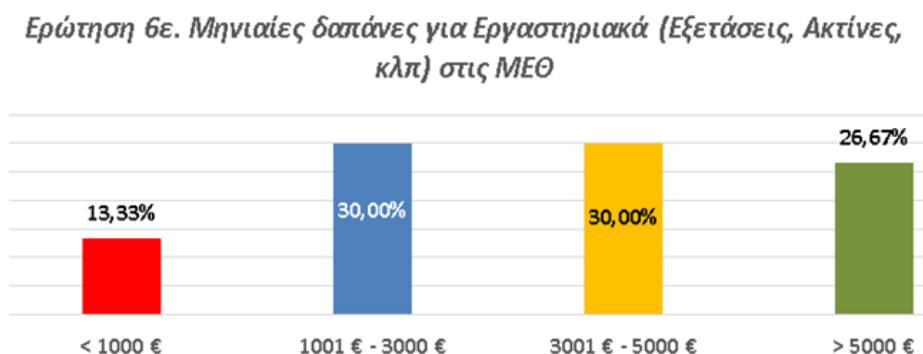
Διάγραμμα 4.53
Μηνιαίες Δαπάνες σε Κτιριακό Χώρο της ΜΕΘ, Εγκαταστάσεις κλπ στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.54 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.54) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για παροχές κοινής ωφέλειας (ρεύμα, νερό κλπ) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ €1001 έως € 3000 (43,33%), ενώ από €3001 έως €5000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (26,67%)



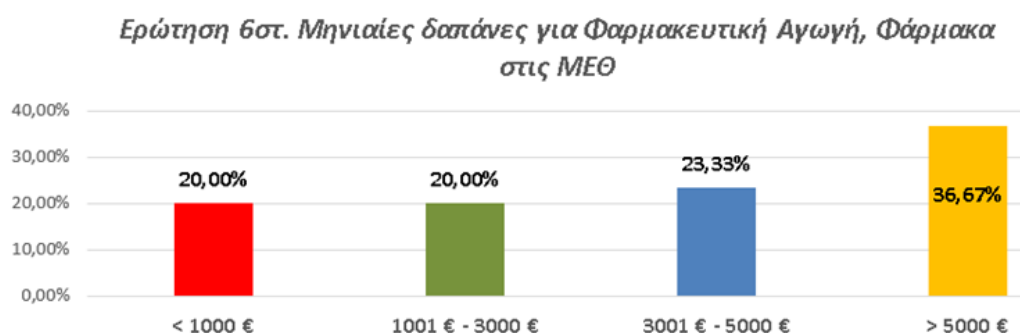
Διάγραμμα 4.54
Μηνιαίες Δαπάνες σε Παροχές Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα Νερό Τηλ κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.55 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.55) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις, ακτίνες, κλπ στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται ισοβαρώς (30%) από €1001 έως €3000 ή από €3001 έως €5000, ενώ πάνω από €5000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (26,67%)



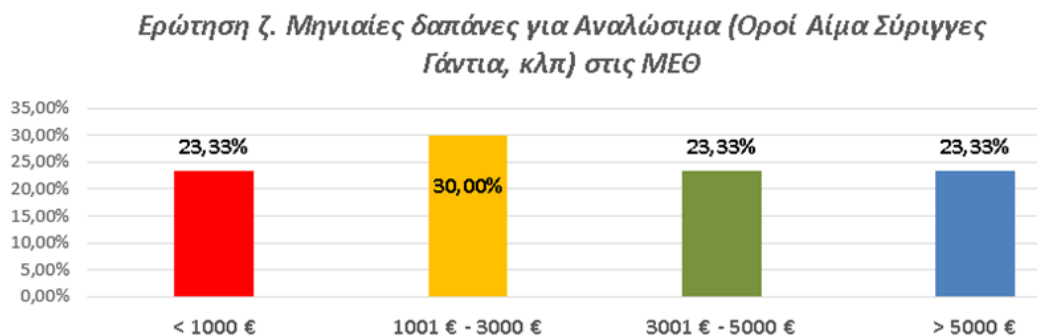
Διάγραμμα 4.55
Μηνιαίες Δαπάνες σε Εργαστηριακά (Εξετάσεις, Ακτίνες, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.56 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.56) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή, φάρμακα στις ΜΕΘ του δείγματος ξεπερνούν τις €5000 (36,67%), ενώ από €3001 έως €5000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23,33%)



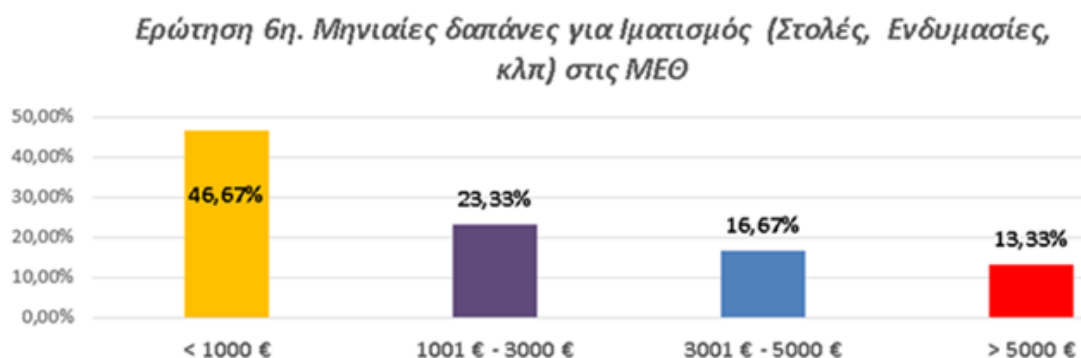
Διάγραμμα 4.56
Μηνιαίες Δαπάνες σε Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.57 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.57) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για αναλώσιμα (οροί αίμα σύριγγες, κλπ) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ τις €1001 έως €3000 (30%), ενώ όλοι οι υπόλοιποι εκτιμούν ισοβαρώς (23,33%) όλες τις υπόλοιπες κλίμακες (κάτω των €1000, €3001-€5000 και άνω των €5000)



Διάγραμμα 4.57
Μηνιαίες Δαπάνες σε Αναλώσιμα (Οροί Αίμα Σύριγγες Γάντια, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.58 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.58) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για ιματισμό (στολές, ενδυμασίες, κλπ) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται έως €1000, ενώ κάτω από €1001 έως €3000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (23,33%)



Διάγραμμα 4.58
Μηνιαίες Δαπάνες σε Ιματισμό (Στολές, Ενδυμασίες κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.59 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.59) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για Καθαριότητα (Αποστείρωση , Πλυντήρια κλπ) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ τις €1001 έως €3000 (33,33%), ενώ έως €1000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



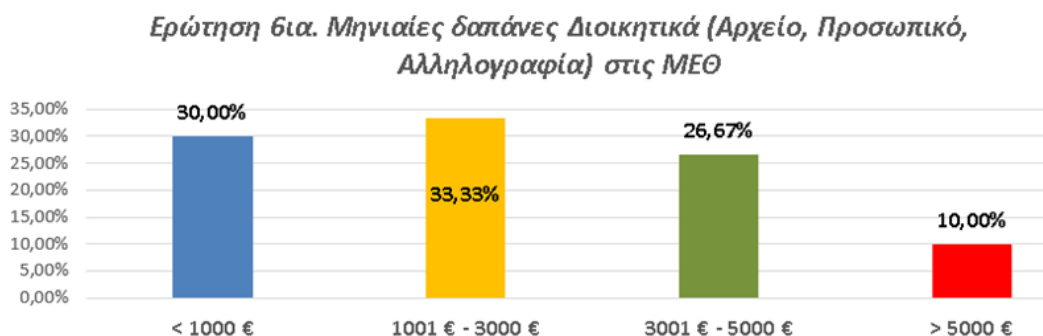
Διάγραμμα 4.59
Μηνιαίες Δαπάνες σε Καθαριότητα (Αποστείρωση , Πλυντήρια κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.60 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.60) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για διατροφή (γενική, ειδικές δίαιτες, κλπ) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ τις €1001 έως €3000 (33,33%), ενώ κάτω από €1000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



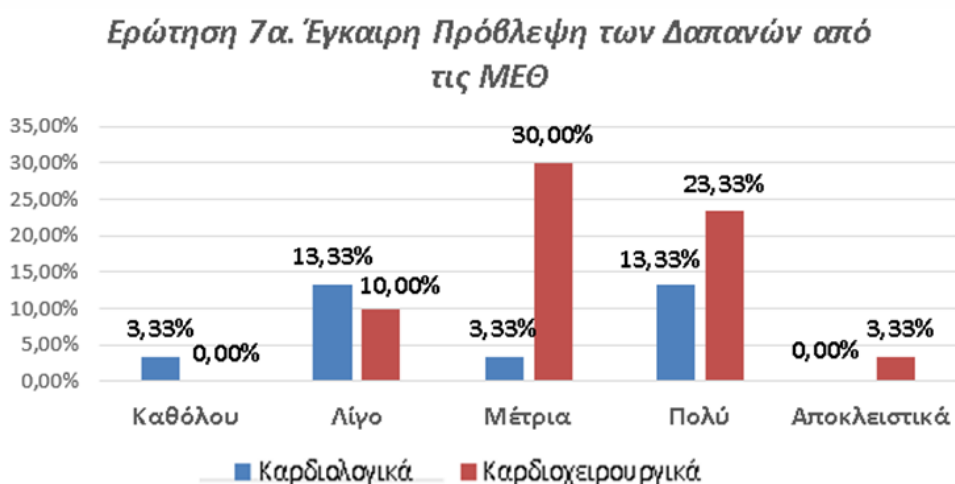
Διάγραμμα 4.60
Μηνιαίες Δαπάνες σε Διατροφή (Γενική, Ειδικές Δίαιτες, κλπ) στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.61 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.61) απαντά ότι οι μηνιαίες δαπάνες για διοικητικά (αρχείο, προσωπικό, αλληλογραφία) στις ΜΕΘ του δείγματος κυμαίνονται μεταξύ τις €1001 έως €3000 (33,33%), ενώ κάτω από €1000 απαντά το αμέσως επόμενο σε μέγεθος (30%)



Διάγραμμα 4.61
Μηνιαίες Δαπάνες σε Διοικητικά (Αρχείο, Προσωπικό, Αλληλογραφία) στις ΜΕΘ του Δείγματος

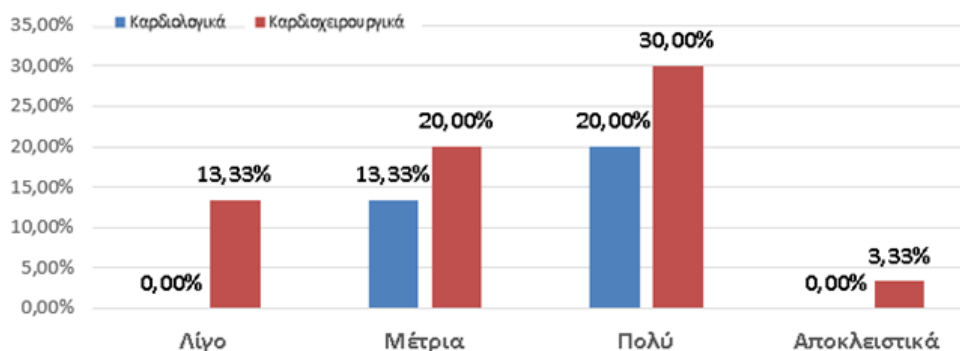
4.2.3.62 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.62) απαντά ότι οι Καρδιολογικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του δείγματος σε μικρά ποσοστά κάνουν προσπάθειες για έγκαιρη πρόβλεψη των δαπανών (13,33%) σε αντίθεση με τις καρδιοχειρουργικές που σε γενικό βαθμό εκτελούν προβλέψεις (30%)



Διάγραμμα 4.62
Έγκαιρη Πρόβλεψη των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.63 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.63) απαντά ότι από τις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (20%) και οι Καρδιοχειρουργικές (30%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες για παρακολούθηση των δαπανών τους

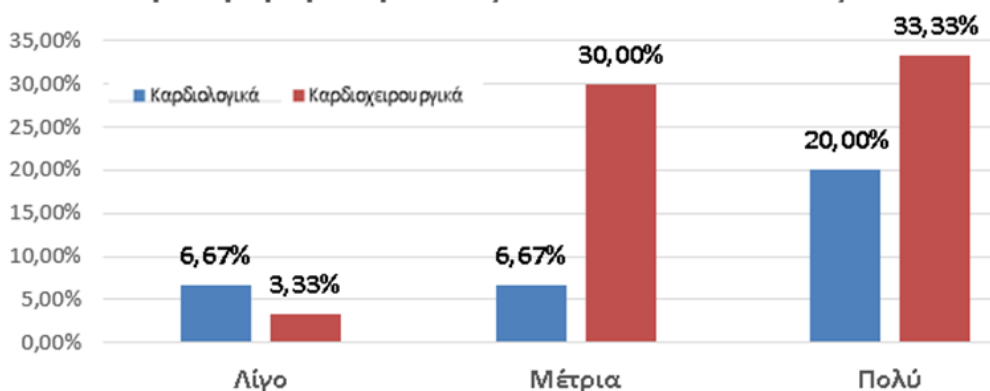
Ερώτηση 76. Παρακολούθηση των Δαπανών από τις ΜΕΘ



Διάγραμμα 4.63
Παρακολούθηση των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος

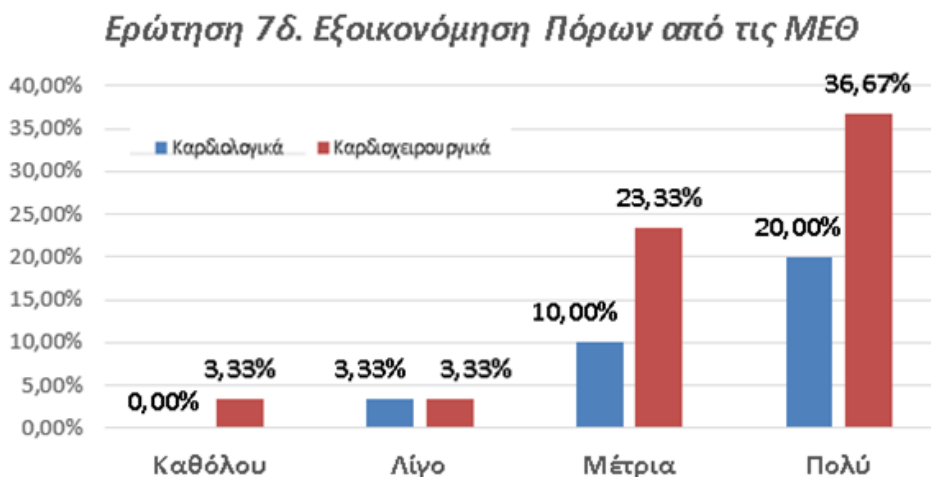
4.2.3.64 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.64) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (20%) και οι Καρδιοχειρουργικές (30%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες για περικοπή των δαπανών τους

Ερώτηση 7γ. Περικοπές των Δαπανών από τις ΜΕΘ



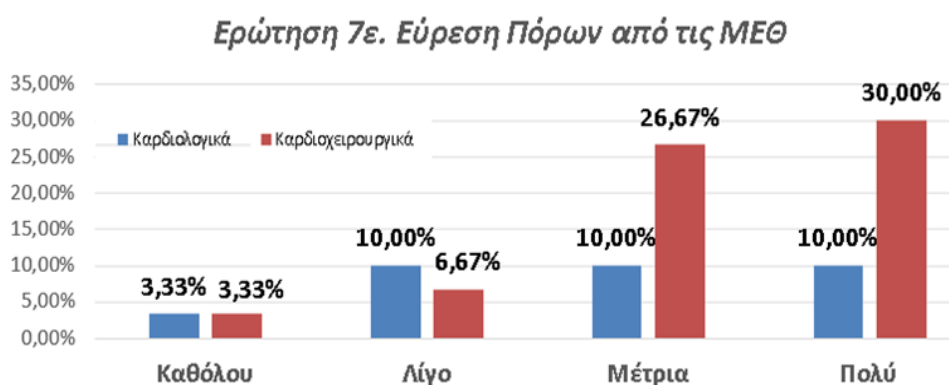
Διάγραμμα 4.64
Περικοπές των Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.65 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.65) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (20%) και οι Καρδιοχειρουργικές (36,67%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες για εξοικονόμηση πόρων



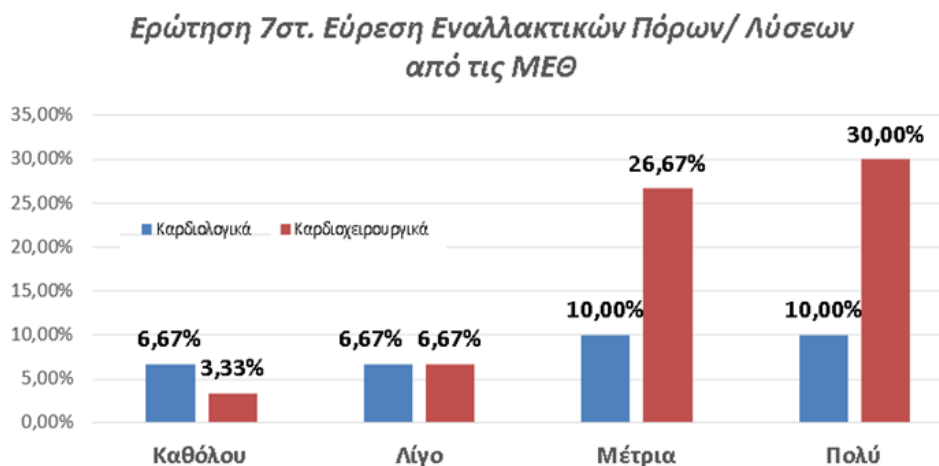
Διάγραμμα 4.65
Εξοικονόμηση Πόρων από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.66 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.66) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (10%) και οι Καρδιοχειρουργικές (30%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες για την εξεύρεση πόρων



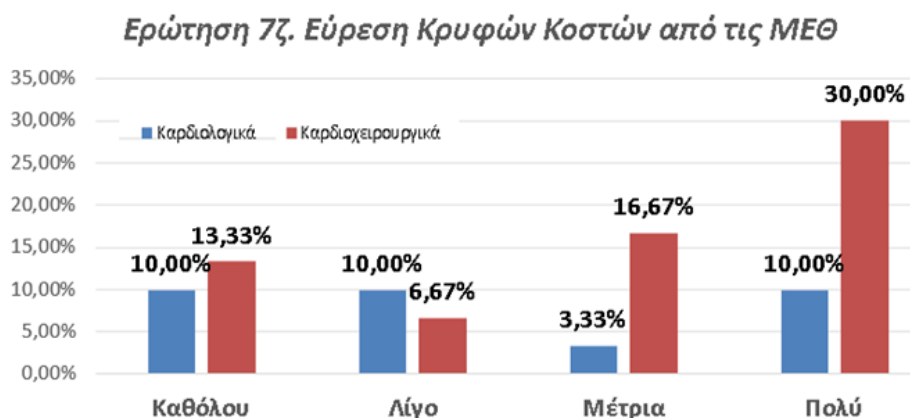
Διάγραμμα 4.66
Εύρεση Πόρων από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.67 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.67) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (10%) και οι Καρδιοχειρουργικές (30%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες εξεύρεσης εναλλακτικών πόρων ή λύσεων



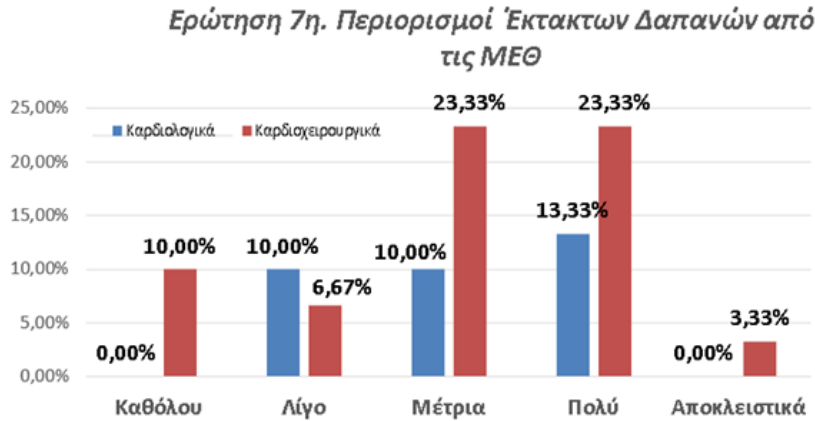
Διάγραμμα 4.67
Εύρεση Εναλλακτικών Πόρων/ Λύσεων από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.68 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.68) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιοχειρουργικές (30%) εκτελούν πολύ μεγάλες προσπάθειες για εύρεση Εύρεση Κρυφών Κοστών σε αντίθεση με τις οι Καρδιολογικές που ισοβαρώς (10%) εκτελούν από καθόλου έως πολύ



Διάγραμμα 4.68
Εύρεση Κρυφών Κοστών από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.69 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.69) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος οι Καρδιολογικές (13,33%) και οι Καρδιοχειρουργικές (23,33%) εκτελούν μεγάλες προσπάθειες για τον περιορισμό των εκτάκτων δαπανών



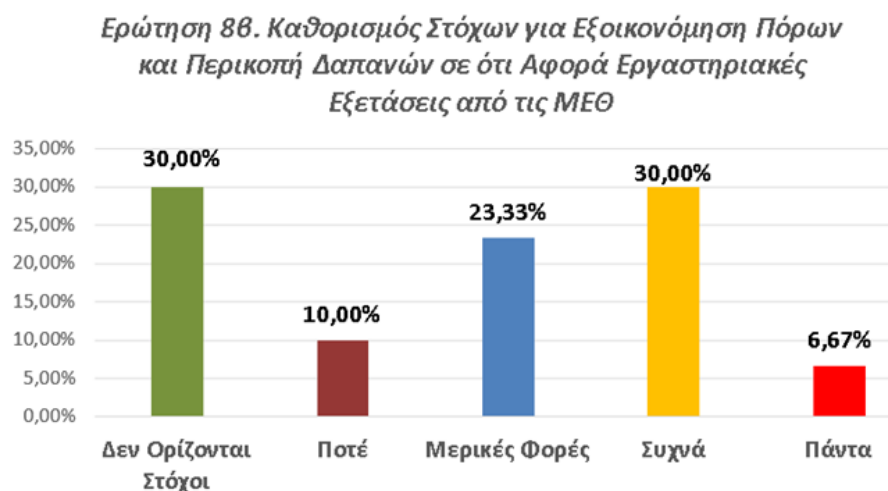
Διάγραμμα 4.69
Περιορισμοί Έκτακτων Δαπανών από τις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.70 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.70) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά υπερωρίες (30%) καθορίζονται με τρόπο συχνό στόχοι για την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών



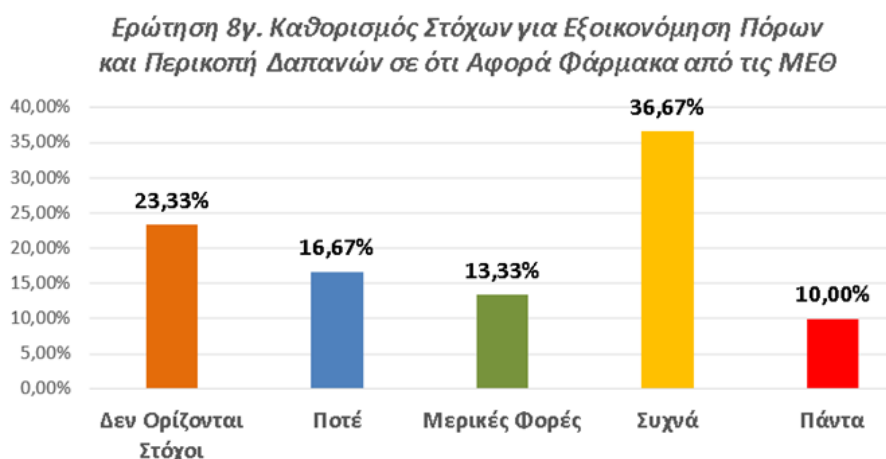
Διάγραμμα 4.70
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Υπερωρίες στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.71 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.71) απαντά ισοβαρώς (30%) ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για εργαστηριακές εξετάσεις στόχους άλλες ΜΕΘ δεν καθορίζουν καθόλου και άλλες ΜΕΘ συχνά



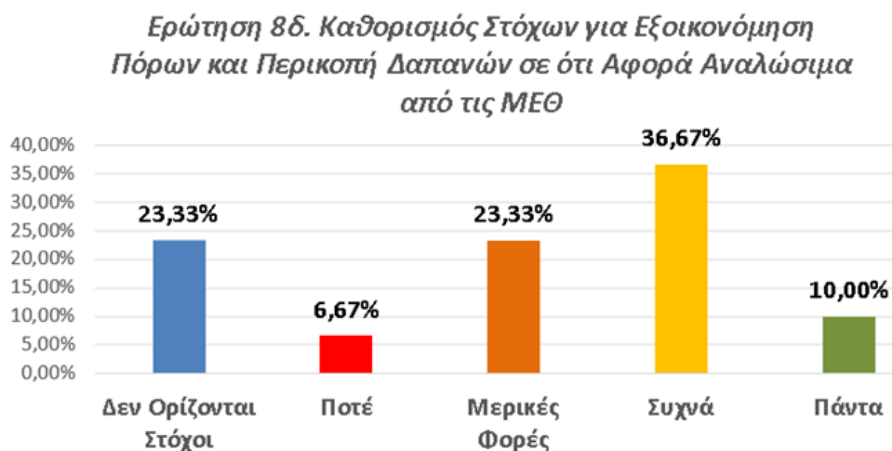
Διάγραμμα 4.71
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Εργαστηριακές Εξετάσεις στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.72 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.72) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για φάρμακα (36,67%) οι στόχοι καθορίζονται συχνά



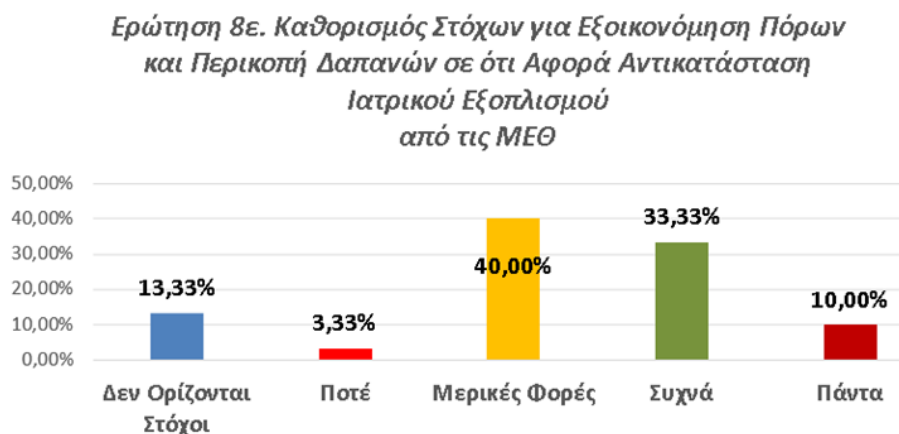
Διάγραμμα 4.72
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Φάρμακα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.73 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.73) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για αναλώσιμα οι στόχοι καθορίζονται συχνά (36,67%)



Διάγραμμα 4.73
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναλώσιμα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.74 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.74) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (40%) έως συχνά (33,33%)



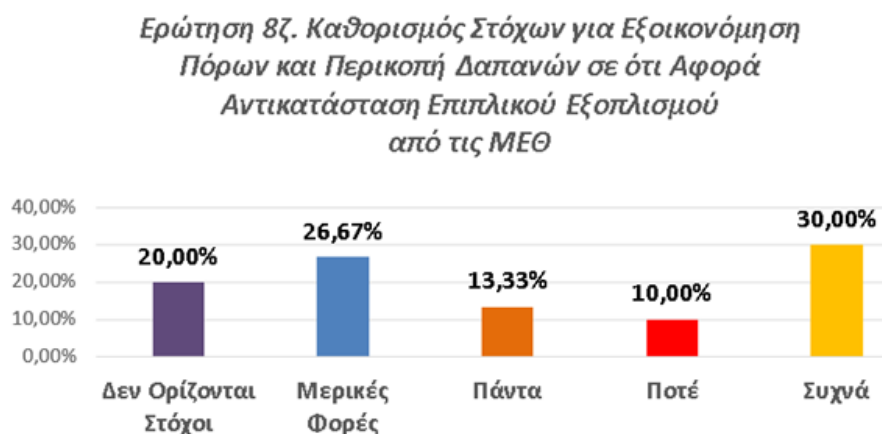
Διάγραμμα 4.74
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αντικατάσταση Ιατρικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.75 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.75) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για αναβάθμιση ιατρικού εξοπλισμού οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (33,33%) έως συχνά (40%)



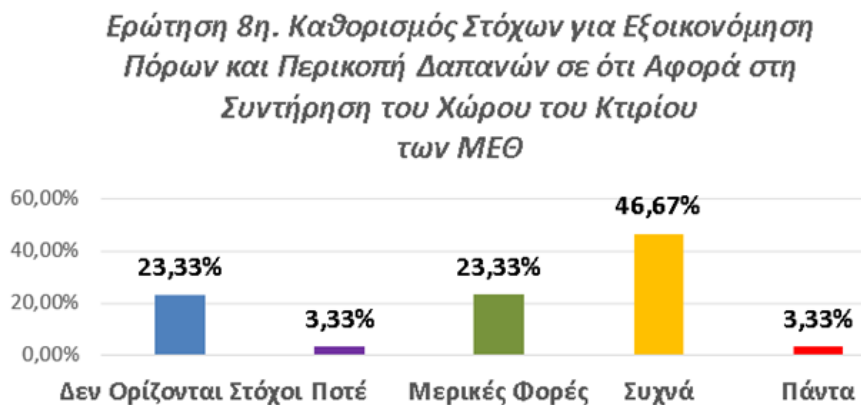
Διάγραμμα 4.75
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναβάθμιση Ιατρικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.76 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.76) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για αντικατάσταση επιπλικού εξοπλισμού οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (26,67%) έως συχνά (30%)



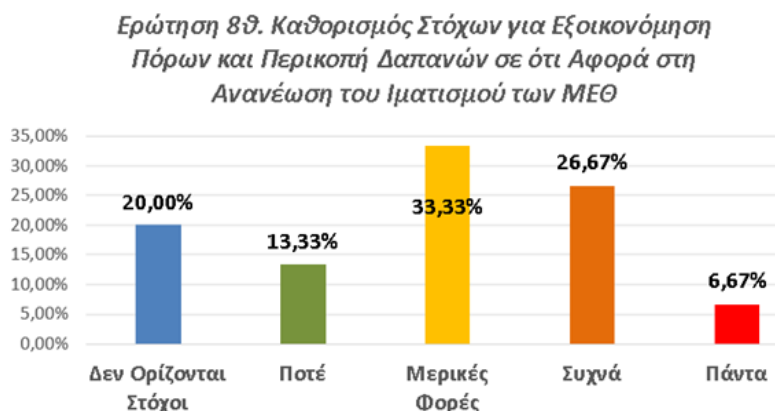
Διάγραμμα 4.76
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι αφορά Αντικατάσταση Επιπλικού Εξοπλισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.77 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.77) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για συντήρηση του χώρου του κτιρίου των ΜΕΘ οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (23,33%) έως συχνά (46,67%)



Διάγραμμα 4.77
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Συντήρηση του Χώρου του Κτιρίου στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.78 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.78) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για ανανέωση του ιματισμού οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (33,33%) έως συχνά (26,67%)



Διάγραμμα 4.78
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Ανανέωση του Ιματισμού στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.79 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.79) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για αναβάθμιση της διατροφής οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (30%) έως συχνά (26,67%)



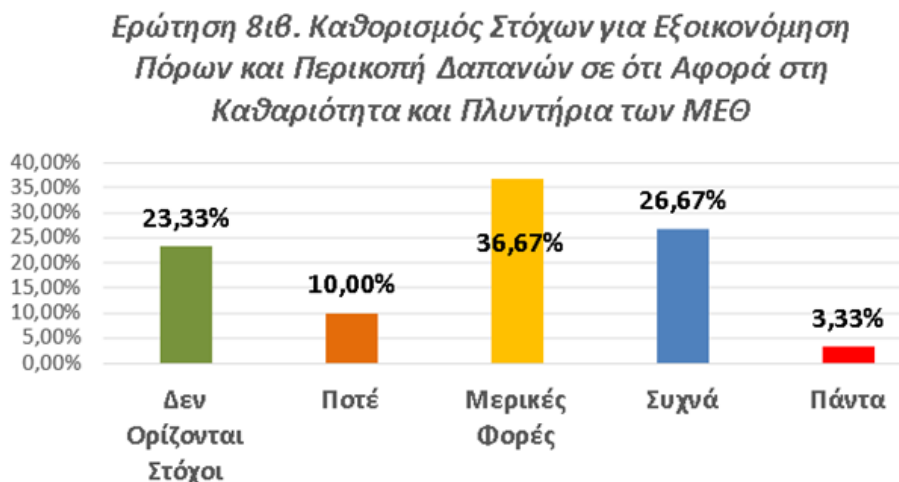
Διάγραμμα 4.79
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Αναβάθμιση Διατροφής στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.80 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.80) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για συντήρηση κτιρίου οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (36,67%) έως συχνά (33,33%)



Διάγραμμα 4.80
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Συντήρηση Κτιρίου των ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.81 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.81) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για καθαριότητα και πλυντήρια οι στόχοι καθορίζονται από μερικές φορές (36,67%) έως συχνά (26,67%)



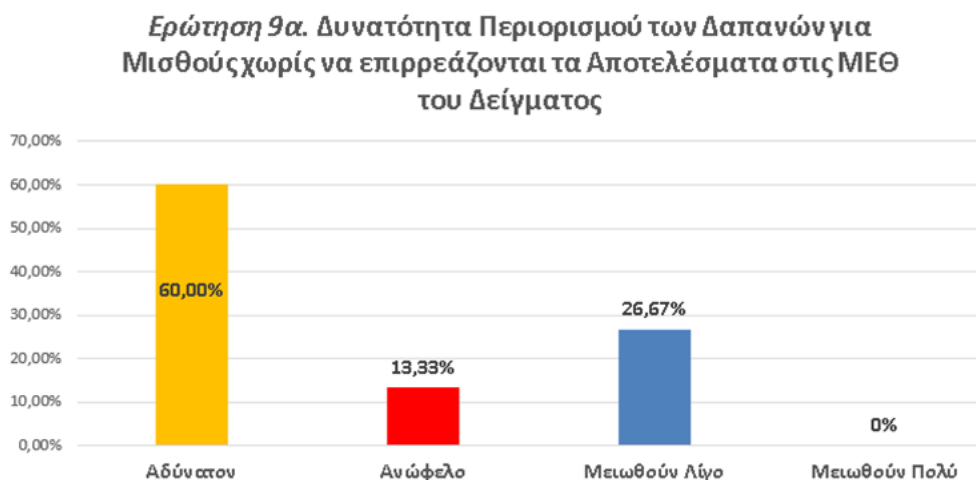
Διάγραμμα 4.81
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Καθαριότητα και Πλυντήρια στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.82 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.82) απαντά ότι στις ΜΕΘ του δείγματος σε ότι αφορά την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών για διοικητικά άλλες ΜΕΘ δεν καθορίζουν στόχους (23,33%) και άλλες ΜΕΘ μερικές φορές καθορίζουν στόχους (43,33%)



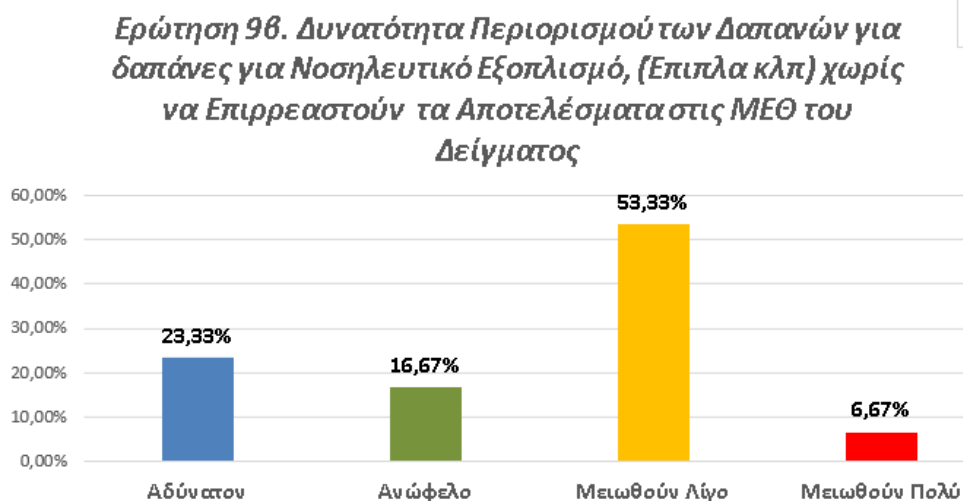
Διάγραμμα 4.82
Καθορισμός Στόχων για Εξοικονόμηση Πόρων και Περικοπή Δαπανών σε ότι Αφορά Διοικητικά στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.83 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.83) απαντά ότι είναι αδύνατον να περιοριστούν οι δαπάνες για μισθούς χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (60%)



Διάγραμμα 4.83
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Μισθούς χωρίς να επηρεάζονται τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.84 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.84) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για νοσηλευτικό εξοπλισμό, (έπιπλα κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (53,33%)



Διάγραμμα 4.84
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Νοσηλευτικό Εξοπλισμό, (έπιπλα κλπ) χωρίς να επηρεάζονται τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.85 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.85) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για συντήρηση κτιριακού χώρου της ΜΕΘ χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (46,67%)

Ερώτηση 9γ. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για δαπάνες για Συντήρηση του Κτιριακού Χώρου της ΜΕΘ χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.85

Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Συντήρηση του Κτιριακού Χώρου της ΜΕΘ χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.86 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.86) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για παροχές κοινής ωφέλειας (ρεύμα νερό τηλέφωνο κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (56.67%)

Ερώτηση 9δ. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για δαπάνες για Παροχές Κοινής Ωφέλειας (ρεύμα νερό κλπ) της ΜΕΘ χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

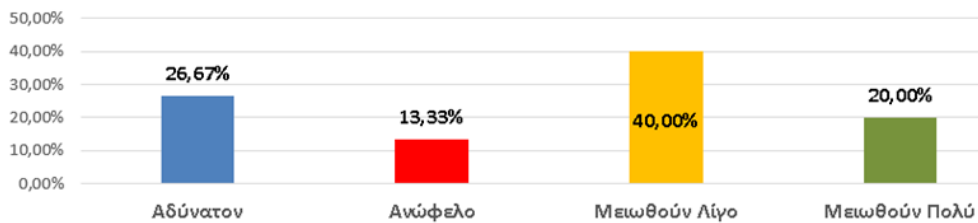


Διάγραμμα 4.86

Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Παροχών Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα Νερό Τηλ κλπ) της ΜΕΘ χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.87 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.87) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις, (ακτίνες, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (40%)

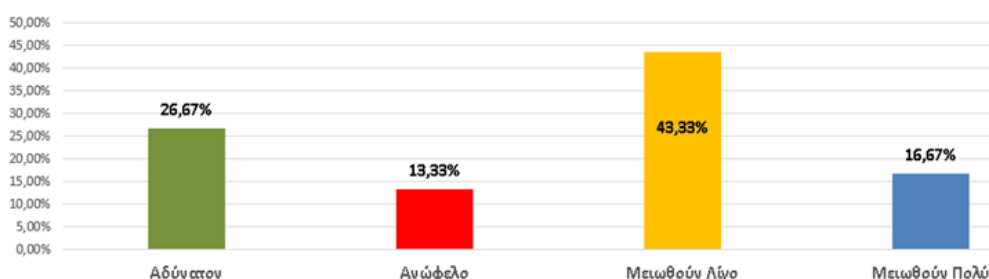
Ερώτηση 9ε. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για δαπάνες για Εργαστηριακές Εξετάσεις, (ακτίνες, κλπ) της ΜΕΘ χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος



Διάγραμμα 4.87
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Εργαστηριακές Εξετάσεις, (Ακτίνες, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.88 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.88) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή, φάρμακα χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (43,33 %)

Ερώτηση 9ε. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για δαπάνες για Φάρμακα και Φαρμακευτική Αγωγή χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ



Διάγραμμα 4.88
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.89 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.89) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για αναλώσιμα (οροί, αίμα, σύριγγες, γάντια, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (40%)

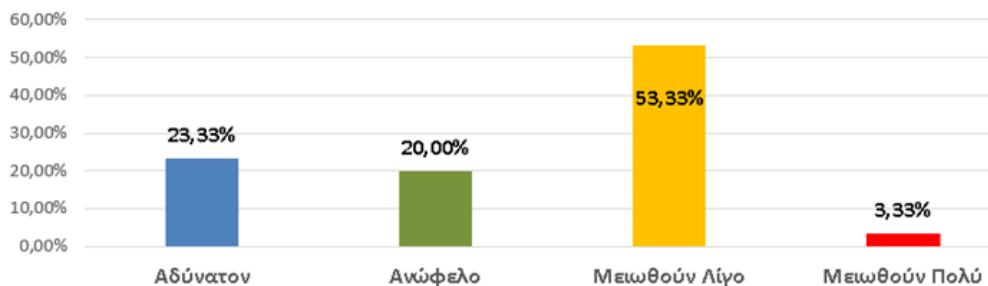
Ερώτηση 9στ. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια, κλπ) χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ



Διάγραμμα 4.89
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.90 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.90) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για ιματισμό (στολές, πιζάμες, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (53,33%)

Ερώτηση 9ζ. Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Ιματισμό (Στολές, Πιζάμες, κλπ) χωρίς να Επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ



Διάγραμμα 4.90
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Ιματισμό (Στολές, Πιζάμες, κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.91 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.91) απαντά ότι είναι αδύνατο να περιοριστούν οι δαπάνες για καθαριότητα (αποστείρωση, πλυντήρια κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (46,67%)



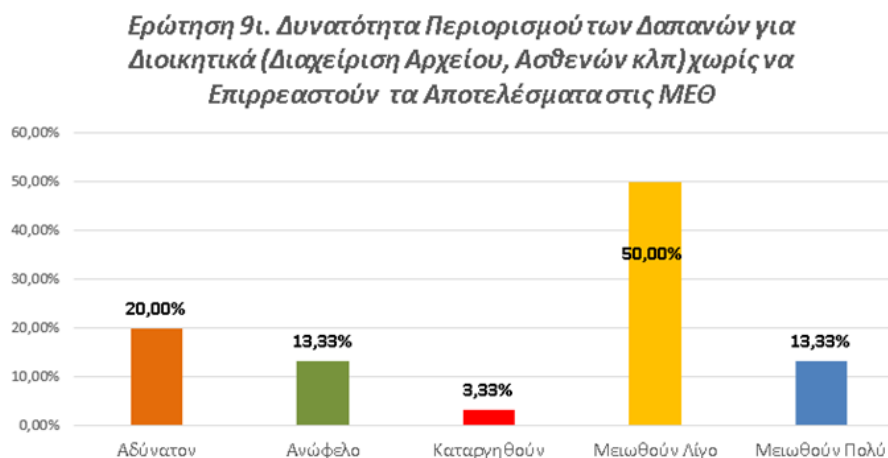
Διάγραμμα 4.91
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Καθαριότητα (Αποστείρωση, Πλυντήρια κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.92 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.92) απαντά ότι είναι αδύνατον να περιοριστούν οι δαπάνες για διατροφή ασθενών (ποικιλία, ειδικές δίαιτες) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (53,33%)



Διάγραμμα 4.92
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Διατροφή Ασθενών (Ποικιλία, Ειδικές Δίαιτες) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

4.2.3.93 Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (Διάγραμμα 4.93) απαντά ότι μπορούν να περιοριστούν λίγο οι δαπάνες για διοικητικά (διαχείριση αρχείου, ασθενών κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα αποτελέσματα (50%)



Διάγραμμα 4.93
Δυνατότητα Περιορισμού των Δαπανών για Διοικητικά (Διαχείριση Αρχείου, Ασθενών κλπ) χωρίς να επηρεαστούν τα Αποτελέσματα στις ΜΕΘ του Δείγματος

c. Αποτελέσματα και Ανάλυση της Έρευνας

Από την έρευνα και τα στοιχεία που συλλέξαμε καταλήγουμε στα ακόλουθα ευρήματα σε ότι αφορά στα τιθέμενα ερωτήματα τα οποία στόχευαν στην διερεύνηση της εσωτερικής κατάστασης στις μονάδες εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα του 2017 και στην απόκτηση καλύτερης εικόνας των συνεπειών από τις αλλαγές στις χρηματοδοτήσεις και στη κοινωνική ασφάλιση.

Από τα 30 περίπου συμπληρωμένα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν και τις 20 συνεντεύξεις φαίνεται ότι:

α. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που προσεγγίστηκαν ανήκουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους στον ιδιωτικό τομέα με κύρια περιστατικά αντιμετώπισης τα καρδιολογικά και τα καρδιοχειρουργικά (οπότε και αποτελούν μονάδες με πολύ υψηλές απαιτήσεις σε είδος και ποιότητα υπηρεσιών κάτι που συνεπάγεται υψηλά κόστη και τιμές).

β. Οι ερωτηθέντες είναι μεγάλης ηλικίας και με πολυετή εμπειρία σε ΜΕΘ κάτι που ενισχύει την άποψη ότι καλύπτουν εργασιακά την εικόνα της πορείας του κλάδου υγείας στην Ελλάδα την τελευταία περίοδο της ύφεσης και των αλλαγών που έχουν επέλθει στο τομέα εξωγενώς και ενδογενώς καθώς είναι εργαζόμενοι σε αυτόν.

γ. Το καθεστώς τοποθέτησης υπεύθυνου ελέγχου δαπανών στις ΜΕΘ φαίνεται ότι δεν αποτελεί το βασικό εργαλείο ελέγχου στις μονάδες υγείας αφού πλέον έχει καθιερωθεί η ψηφιακή διαχείριση με ολοκληρωμένα συστήματα πληροφορικής.

δ. Ο τύπος των νοσοκομείων και ο φορέας κάλυψης των δαπανών (νοσηλεία και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) επηρεάζει σημαντικά το κόστος. Αυτό σημαίνει ότι οι τιμές στις ιδιωτικές ΜΕΘ είναι πιο υψηλές όταν οι πληρωμές γίνονται μέσω των χρονοβόρων και κοστοβόρων διαδικασιών και όχι με απευθείας ή βραχυπρόθεσμες πληρωμές.

ε. Το κόστος των υπηρεσιών υγείας από τις ΜΕΘ επηρεάζεται από εσωτερικούς παράγοντες (είδος περιστατικού, έκταση νοσηλείας) και εξωτερικούς (φήμη του νοσοκομείου).

στ. Από τα επιμέρους τμήματα που συνθέτουν το κόστος περίθαλψης πολύ σημαντικό μέρος κατέχουν οι δαπάνες για παροχές κοινής ωφελείας, των εργαστηριακών εξετάσεων και των φαρμάκων. Μισθοδοσία, αποστείρωση, δίαιτες και εξοπλισμοί δεν επιβαρύνουν σημαντικά τα κόστη. Αποτέλεσμα οι πρώτες αναλύονται και αιτιολογούνται ενώ οι τελευταίες προϋποθέτουν απλά έγκριση δαπάνης ενώ υπάρχουν επαναλαμβανόμενες δαπάνες (διατροφή, αποστείρωση και καθαρισμοί, αναλώσιμα κλπ) που υλοποιούνται βάση προσχεδιασμού του προγράμματος υλοποίησης.

ζ. Σε ότι αφορά στην ανανέωση, ανακαίνιση και αναβάθμιση των εγκαταστάσεων, του προσωπικού και του υλικού η περίοδοι της πενταετίας και δεκαετίας φαίνονται οι πιο απαιτούμενοι για την εκτέλεση τους. Αντίθετα διαδικασίες, φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις, αποστείρωση, δίαιτες πρέπει να αναβαθμίζονται ετησίως προφανώς λόγω της υψηλής τεχνολογίας, της εξέλιξης της έρευνας και των υψηλών απαιτήσεων της αγοράς.

η. Σε ότι αφορά στην πρόληψη και στον έλεγχο δαπανών οι ΜΕΘ τείνουν περισσότερο προς την παρακολούθηση, περικοπή, την εξοικονόμηση πόρων, την εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων και την ανίχνευση κρυφού κόστους και όχι τόσο στην έγκαιρη πρόβλεψη και έγκαιρο προγραμματισμό των δαπανών.

θ. Στην προσπάθεια για εξοικονόμηση πόρων και περικοπή δαπανών οι ΜΕΘ δεν καθορίζουν συχνά στόχους σχετικά με υπερωρίες, καθορίζουν ελάχιστα στόχους για εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα, αναλώσιμα, διαιτολόγια και καθαρισμούς αλλά περισσότερο καθορίζουν στόχους για ιατρικό και νοσηλευτικό εξοπλισμό, συντήρηση χώρων και διοικητικά.

ι. Από τις περικοπές δαπανών που είναι αδύνατο να γίνουν χωρίς να επηρεαστούν σημαντικές λειτουργίες και τα αποτελέσματα των ΜΕΘ είναι οι δαπάνες μισθοδοσίας, φαρμακευτικής αγωγής διαιτολογίου, αναλωσίμων και οι δαπάνες καθαρισμού και αποστείρωσης. Οι υπόλοιπες δαπάνες (εξοπλισμού, συντήρησης, διοικητικών, ιαματισμού, παροχών κοινής ωφελείας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συμπεράσματα και Προτάσεις

3.1 Εισαγωγή

Από όλα τα ανωτέρω γίνεται πλέον κατανοητό ότι οι δαπάνες χρηματοδότησης του τομέα υγείας στις περισσότερες χώρες αναλόγως της μορφής και του ύψους τους επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργία τους. Ανάλογα με το φορέα της χρηματοδότησης υπάρχουν ανάλογα πλεονεκτήματα όπως και μειονεκτήματα που ωθούν τους συμμετέχοντες ενδιαφερόμενους (Stakeholders) και συνεργαζόμενους εμπλεκόμενους (Shareholders, partners) με το κλάδο της υγείας να δημιουργούν ανάλογες στρατηγικές και να λαμβάνουν μέτρα.

Έτσι διαμορφώνονται και εξελίσσονται τα μοντέλα υγείας στις χώρες ανάλογα της κουλτούρας και της φιλοσοφίας τους, καθώς ασφαλιζόμενοι πολίτες, νοσηλευτικοί φορείς, υγειονομικό πλαίσιο, δομές και λειτουργίες εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, τοπικό, εθνικό και διεθνές να είναι σε συνεχή κίνηση προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην ανάγκη για έλεγχο, παρακολούθηση και αξιοποίηση σε ότι αφορά στην επένδυση και στο πρόσοδο, στην προσφερόμενη αξία και στο αποτέλεσμα.

Η μελέτη προσπάθησε να συλλάβει μερικώς την εικόνα της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας των χωρών της ΕΕ και της Ελλάδας για μια ενδεικτική χρονική περίοδο μεταξύ 2000 μέχρι και σήμερα διερευνώντας κυρίως χρηματοδοτήσεις δαπανών σε ΜΕΘ.

Για την καλύτερη κατανόηση των χρηματοδοτήσεων των ΜΕΘ στην Ελλάδα έγινε παράλληλα και η εκ των έσω έρευνα της λειτουργικής κατάστασης και οργάνωσης των δαπανών στις μονάδες εντατικής θεραπείας της Ελλάδας της υφεσιακής περιόδου.

3.2 Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα παρατίθενται ανά τομέα έρευνας και ανά κατηγορία

3.2.1 Εθνικοί Τομείς Υγείας Χωρών Ε.Ε. και Δαπάνες Χρηματοδότησης:

3.2.1.1 Δυσχέρειες

Οι δυσχέρειες του τομέα υγείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως εντοπίστηκαν και προέκυψαν από την μελέτη είναι:

- α. Οι υπηρεσίες υγείας στις μεσογειακές χώρες (σύστημα Beveridge) καλύπτονται κατά κύριο λόγο από την πολιτεία ενώ αυξανόμενη είναι η τάση για απευθείας πληρωμές
- β. Οι ισχυρές οικονομίες της Ευρώπης (σύστημα Bismarck) καλύπτουν τις υπηρεσίες υγείας μέσω ιδιωτικών κεφαλαίων υπό αυστηρό όμως κρατικό έλεγχο. Ωστόσο οι κυβερνητικές

δαπάνες σε υγεία παραμένουν υψηλές περισσότερο από τις ιδιωτικές και από τις υψηλότερες στην Ευρώπη.

γ. Η οικονομική κοινωνικοπολιτική κρίση της τελευταίας δεκαετίας στην Ευρώπη επιβράδυνε τους ρυθμούς αύξησης των κυβερνητικών δαπανών σε υγεία σε όλα τα επίπεδα (συνολικές δαπάνες, % του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν).

δ. Στις ισχυρές οικονομίες (Γερμανία, Γαλλία) οι άμεσες πληρωμές μειώθηκαν λόγω ενίσχυσης του κλάδου υγείας με οικονομικά ισχυρούς ασφαλιστικούς φορείς. Το αντίθετο συνέβη στις υφεσιακές χώρες του νότου (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα) όπου λόγω εκτεταμένων αναδιαρθρώσεων στην δομή και οργάνωση του κλάδου και παράλληλα την επιβολή αυστηρών ελέγχων και περικοπών στη χρηματοδότηση και στη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, οι συμμετοχές του κράτους μειώθηκαν με παράλληλη αύξηση των άμεσων πληρωμών και των ιδιωτικών ασφαλίσεων.

ε. Σε ότι αφορά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες σε υποστήριξη (προσωπικό, υλικό, εκσυγχρονισμό εγκαταστάσεων και εξοπλισμού) απαιτούν χρηματοδότηση και παράλληλα περικοπές και έλεγχο των δαπανών που δεν συνδέονται άμεσα με τις υπηρεσίες εντατικής θεραπείας και φροντίδας κάτι που απαιτεί προτεραιότητες και υπευθυνότητα.

στ. Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα διατηρεί ακόμη αρκετά οικονομικά, διαρθρωτικά και δημοσιονομικά προβλήματα και παθογένειες κάτι που δυσχεράνει την συνεργασία μεταξύ του κράτους και των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Οι δημόσιοι ασφαλιστικοί φορείς δημιουργούν παθητικό εσόδων που σύγχρονες μονάδες ΜΕΘ δεν μπορούν να υποστηρίξουν λόγω μεγάλου κόστους κεφαλαίου και υψηλού κόστους ευκαιρίας.

ζ. Η αδιαφάνεια στο τρόπο χρέωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών και εξειδικευμένων υπηρεσιών περίθαλψης όπως σε μονάδες εντατικής θεραπείας λόγω της γραφειοκρατίας και των καθυστερήσεων πληρωμών από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς οδήγησε σε μια αναντιστοιχία μεταξύ χρεώσεων – παροχών – πραγματικού κόστους, δημιούργησε υπερτιμολογήσεις υπηρεσιών και προμηθειών και διόγκωσαν τις απαιτήσεις απέναντι στο ασθενές δημόσιο σύστημα υγείας, όπου ενέπνευσε άλλες διεξόδους διαφύλαξης των κερδών όπως η φοροδιαφυγή και η αδήλωτη εργασία. Αποτέλεσμα η δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας και ανικανοποίητων απαιτήσεων πληρωμών από τους φορείς.

η. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα όπως και άλλες μονάδες υγείας δεν έχουν ακόμη χρησιμοποιήσει τα πλεονεκτήματα των ενοποιημένων καταλόγων νοσημάτων DRG που θα μπορούσε να διευκολύνει στην τυποποίηση της διαδικασίας αντιμετώπισης κάθε

περιστατικού υγείας και του αντίστοιχου κόστους και να διευκολύνει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς να ελέγχουν το κόστος περίθαλψης. Ακόμη περισσότερο να καταμετρούνται οι αποδόσεις των μονάδων και των διαδικασιών.

3.2.1.2 Πλεονεκτήματα

Τα πλεονεκτήματα του τομέα υγείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως εντοπίστηκαν από την μελέτη είναι:

α. Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα πεδίο που η πολιτεία, οι φορείς ασφάλισης, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι ασφαλιζόμενοι και οι πολίτες συναντούνται και συνεργάζονται για να καλύψουν τα θέματα δημόσιας υγείας και ασφάλειας, της αντιμετώπισης της ασθένειας και των επιδημιών, της διατήρησης του ενεργού πληθυσμού σε ενέργεια και της προαγωγής της παγκόσμιας υγείας γενικότερα.

Ο τομέας της υγείας ως τομέας απασχόλησης διατηρεί προβάδισμα σε παγκόσμιο επίπεδο ως ποσοστό έναντι των άλλων τομέων απασχόλησης κάτι που σηματοδοτεί τη συνεχή ανάπτυξη του κλάδου αλλά και συνεπακόλουθη αύξηση δαπανών και αναγκών χρηματοδότησης.

β. Η πληθυσμιακή κάλυψη των βασικών υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη είναι αρκετά υψηλή όπως υψηλές και οι δαπάνες χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας κυρίως για νοσηλευτικές υπηρεσίες και φάρμακα. Επίσης υψηλή είναι η τάση κάλυψης δαπανών για κατοίκων υπηρεσίες περίθαλψης της υγείας.

γ. Το ενωτικό καθεστώς της Ε.Ε. βοηθάει την αλληλεπίδραση και ενίσχυση των χωρών μεταξύ τους σε ότι αφορά στις συγχρηματοδοτήσεις και προγράμματα αναβάθμισης και εξυγίανσης πλην όμως ευνοεί τις ανισότητες μεταξύ εύρωστων χωρών με ισχυρές οικονομίες και ασφαλιστικά προγράμματα και ασθενών με πολλές ανάγκες και δυσλειτουργίες.

3.2.2 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας:

3.2.2.1 Δυσχέρειες

Οι δυσχέρειες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδας όπως εντοπίστηκαν και ανέκυψαν από την έρευνα και μελέτη είναι:

α. Μη παγιοποίηση του καθεστώτος ελέγχου δαπανών στις ΜΕΘ μέσω τοποθέτησης φυσικού υπεύθυνου ή μέσω ολοκληρωμένου συστήματος πληροφορικής διαχείρισης δαπανών.

- β. Το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας σε εξειδικευμένες ΜΕΘ όπως οι καρδιοχειρουργικές αυξάνει σημαντικά ανάλογα με την έκταση της νοσηλείας και τη φήμη του νοσοκομείου κάτι που δεν συνδέεται άμεσα με την θεραπεία.
- γ. Μεγάλο μέρος του κόστους περίθαλψης κατέχουν οι δαπάνες για παροχές κοινής ωφελείας σε ρεύμα, νερό, αποχέτευση κλπ.
- δ. Σε ότι αφορά στην πρόληψη και στον έλεγχο δαπανών οι ΜΕΘ κλίνουν περισσότερο προς την παρακολούθηση, περικοπή, εξοικονόμηση και εξεύρεση πόρων, εναλλακτικών λύσεων και ανίχνευση κρυφού κόστους και όχι τόσο στην έγκαιρη πρόβλεψη και στο προγραμματισμό δαπανών.
- ε. Στην προσπάθεια για εξοικονόμηση πόρων και περικοπή δαπανών οι ΜΕΘ ελάχιστα καθορίζουν στόχους για εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα, αναλώσιμα, διαιτολόγια και καθαρισμούς παρόλο που αυτά αποτελούν κοστοβόρα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- στ. Κάθε χώρα της Ε.Ε. εφαρμόζει και μια δικιά της παραλλαγή στο σύστημα κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων ICD και ομοειδών διαγνωστικών ομάδων DRG με αποτέλεσμα την διαφοροποίηση και την απομάκρυνση από ένα ενιαίο πανευρωπαϊκό σύστημα.

3.2.2.2 Πλεονεκτήματα

- α. Γίνεται μεγάλη προσπάθεια από τις ΜΕΘ για τον έλεγχο και το περιορισμό δαπανών για παροχές κοινής ωφελείας, κοστοβόρων άνευ λόγου εργαστηριακών εξετάσεων και ακριβών φαρμακευτικών αγωγών.
- β. Καταβάλλονται προσπάθειες ανάλυσης και αιτιολόγησης των δαπανών, κεντρικού ελέγχου εγκρίσεων δαπανών και προσχεδιασμού του προγράμματος υλοποίησης των περιοδικά επαναλαμβανόμενων δαπανών.
- γ. Σε ό,τι αφορά στην πρόληψη και τον έλεγχο δαπανών οι ΜΕΘ υπάρχει μέριμνα για την παρακολούθηση, τη περικοπή, την εξοικονόμηση, την εξεύρεση πόρων και εναλλακτικών λύσεων και ανίχνευσης κρυφού κόστους.
- δ. Στην προσπάθεια για εξοικονόμηση πόρων και περικοπή δαπανών οι ΜΕΘ ευνοούν τις υπερωρίες όπου απαιτούνται και καθορίζουν στόχους περιστολής των κοστοβόρων κέντρων και υπηρεσιών.

3.3 Προτάσεις

Για την αντιμετώπιση των ανωτέρω προβλημάτων και δυσχερειών είναι αναγκαία η αναβάθμιση και προαγωγή των πλεονεκτημάτων και η λήψη μέτρων για την προστασία από τα μειονεκτήματα τόσο σε εθνικό επίπεδο χρηματοδότησης των δαπανών σε υγεία όσο και των μονάδων εντατικής θεραπείας ΜΕΘ. Συγκεκριμένα:

α. Αναβάθμιση του ρόλου και της αποστολής των μονάδων εντατικής θεραπείας μέσω ενεργειών όπως:

- 1). Το προσωπικό των Μ.Ε.Θ. πρέπει να γνωρίζει την προέλευση του κόστους και τη σχέση του με τις θεραπείες, την πολυπλοκότητα των περιστατικών και το κλινικό αποτέλεσμα.
- 2). Ορθολογισμός στην έκταση της νοσηλείας και θεραπευτικής αγωγής ανάλογα της πολυπλοκότητας των περιστατικών τις προοπτικές και το αναμενόμενο κλινικό αποτέλεσμα.
- 3). Ανάλυση του κόστους ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερη κατανόηση του για αποτελεσματικότερη κατανομή και απόδοση.
- 4). Λεπτομερής σύγκριση κόστους εντατικής θεραπείας σε Μ.Ε.Θ. μεταξύ των διαφόρων χωρών της Ε.Ε. και της Ελλάδας και σε σύγκριση πάντα με τα κλινικά αποτελέσματα.
- 5). Διασύνδεση του ετήσιου συνολικού κόστους λειτουργίας Μ.Ε.Θ. με τα συνδεδεμένα κόστη και συνεχή παρακολούθηση για εντοπισμό περιοδικότητας, μη παραγωγικών κύκλων και διεργασιών για την αναβάθμιση της διαδικασίας εκτίμησης των ετήσιων αναγκών και προϋπολογισμού.
- 6). Εντοπισμός των διακυμάνσεων του μέσου χρόνου νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ. και εντοπισμός των ανώφελων θεραπευτικών αγωγών και των παροχών υγείας σε μη αναστρέψιμα περιστατικά λόγω οικογενειακής πίεσης ή για ενίσχυση των εσόδων της μονάδας.
- 7). Αναδιοργάνωση και αναβάθμιση του προσωπικού των Μ.Ε.Θ. και επιμόρφωση τους με γνώσεις της οικονομίας της υγείας προκειμένου να κατανοούν τους παράγοντες δημιουργίας και μείωσης του κόστους.
- 8). Αποδέσμευση των διαδικασιών λειτουργίας των ΜΕΘ από ασυντόνιστα κυβερνητικά κέντρα αποφάσεων και προγράμματα επενδύσεων σε υποδομές, προσωπικό και υλικό Μ.Ε.Θ.

β. Αναβάθμιση του ρόλου και της λειτουργίας του ελληνικού συστήματος υγείας μέσω ενεργειών όπως:

- 1). Οργάνωση των οικονομικών και δημοσιονομικών προβλημάτων του συστήματος με οργάνωση της διοίκησης των μονάδων υγείας για αποτελεσματική και παραγωγική λειτουργία.
- 2). Στόχευση στην ικανοποίηση του μέσου έλληνα πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας ώστε να αυξηθεί η ζήτηση σε υπηρεσίες από τους δημόσιους φορείς και να επιτευχθεί η βιωσιμότητα του μέσω της χρησιμότητας του και η υπόσταση του συστήματος υγείας.

- 3). Η αυτοδιάθεση και αυτοχρηματοδότηση όπου απαιτηθεί θα βοηθήσει την μείωση της αναποτελεσματικότητας και θα αυξήσει την απόδοση.
- 4). Ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και συμμετοχή στο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που έχει εντοπιστεί δυσαρέσκεια του πολίτη.
- 5). Περικοπές και έλεγχος δαπανών που δεν συνδέονται άμεσα με τις υπηρεσίες εντατικής θεραπείας και φροντίδας με προσεκτική τοποθέτηση προτεραιοτήτων και υπευθυνότητα των επιλογών, βασισμένων σε ακριβή, έγκυρη και διασταυρωμένη πληροφόρηση προκειμένου να μπορούμε να υπολογίζουμε τη ποσότητα περικοπεί της δαπάνης ή κόστους σε σχέση με τις επιδράσεις στη ποιότητα της ζωής και στην επιμήκυνση της ζωής από τη τρέχουσα και μελλοντική φροντίδα των Μ.Ε.Θ.
- 6). Χρηματοδότηση των νοσοκομείων βάσει του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητάς τους.
- 7). Εισαγωγή συστήματος αξιολόγησης των υπηρεσιών και της αποδοτικότητας των διαδικασιών των ΜΕΘ από τους ασφαλιζόμενους.
- 8). Ανοικτή πρόσβαση σε στατιστικά και επιδημιολογικά στοιχεία.
- 9). Υποχρεωτική χρήση αυστηρών κωδικοποιήσεων DRG για προσδιορισμό δαπάνης ανά περιστατικό.
- 10) Διασύνδεση των περιστατικών με τους πόρους είδος και ποσότητα σε υλικά και σε προσωπικό για την αντιμετώπιση του όπου το άθροισμα τους να δίνει το κόστος ανά κατηγορία DRG.
- 11) Κοστολόγηση της δαπάνης για περιστατικά με πολύ μικρότερο ή πολύ μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας από τον προκαθορισμένο μέσο χρόνο κάποιας κατηγορίας DRG ή περιστατικά που ο ασθενής καταλήγει, σπάνια περιστατικά και περιστατικά που ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο με δική του ευθύνη.
- 12). Αντιμετώπιση παθογενειών του εθνικού συστήματος υγείας με προτεραιότητα στις μονάδες εντατικής θεραπείας όλων των ειδικοτήτων που σχετίζονται με :
 - α). Γραφειοκρατία
 - β). Λίστες αναμονής
 - γ). Άτυπες πληρωμές
 - δ). Περιορισμένη πρόσβαση σε νοσοκομεία και επιλογή ιατρού
 - ε). Υψηλές δαπάνες σε ελαφρά προβλήματα υγείας
 - στ). Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
 - ζ). Γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες πρόσβασης στην υγεία
 - η). Πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη κεντρικού συντονισμού

θ).Απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα, το μάνατζμεντ και προστατεύουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος από στρεβλώσεις

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»

Πίνακας 1.1 Κατηγορίες Μ.Ε.Θ.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΝΑΛΗΦΘΕΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ
Πολυδύναμη	Ασθενείς τμημάτων: χειρουργικού, καρδιολογικής, παθολογικού, ανάνηψης, μαιευτηρίου, αναπνευστικής ανεπάρκειας, πνευμονολογικού και επειγόντων περιστατικών
Μετεγχειρητική	Ασθενείς για αποκατάσταση μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση ή με πολλαπλά τραύματα σε κρίσιμη φάση σταθεροποίησης και διατήρησης των ζωτικών λειτουργιών
Εμφραγμάτων	Ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, αρρυθμίες και άλλες επείγουσες καρδιακές καταστάσεις (Εμφραγμάτων, Στεφανιαίων, Καρδιολογικά - CCU)
Αναπνευστικής Ανεπάρκειας	Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες πνευμόνων, βαριές πνευμονολογικές παθήσεις και ανεπάρκεια λειτουργίας
Νεογνική	α. Νεογνική Μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας: Νοσηλεία υγιών τελειομήνων και μεγάλων προώρων νεογνών χωρίς προβλήματα, αναρρωνυόντων νεογνών και νεογνών με ελαφρό ή μέτριο ίκτερο και τοπικές λοιμώξεις β. Νεογνική Μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδας: Νοσηλεία προώρων βρεφών βάρους < 1,5 Kgr, με ελαφρά αναπνευστικά προβλήματα, απλές λοιμώξεις κλπ γ. Νεογνική μονάδα τριτοβάθμιας φροντίδας: Νοσηλεία προώρων βρεφών <1,5 Kgr, με βαριά αναπνευστικά προβλήματα, σοβαρό ίκτερο, χειρουργικά προβλήματα κλπ.
Παιδιατρική	Για ασθενείς ηλικίας 1 μηνός ως 14 ετών με παιδικά και γενικά νοσήματα και παθήσεις
Καρδιοχειρουργική	Ασθενείς μετά χειρουργική επέμβαση καρδιάς, αγγείων κλπ
Νευροχειρουργική	Ασθενείς μετά νευροχειρουργική επέμβαση
Εγκαυμάτων	Ασθενείς με Α΄ βαθμού ή εκτεταμένα εγκαύματα
Μεταναισθητικής Φροντίδας	Ασθενείς μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση ή σε καταστολή
Αυξημένης Φροντίδας	Ασθενείς σε καταστολή ή σε κρίσιμη φάση παρακολούθησης
Κινητή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	Ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση με αδυναμία μετακίνησης

Πηγή: Σπυρόπουλος Β. (2015), «Το Σύγχρονο Νοσοκομείο», Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, Κάλλιπος, Αθήνα

Επισκεπτόμενη την 10 Οκτ 2017 στο:

https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/F113/00_master_document%20Hospital.pdf

Πίνακας 1.2
Βασικός Εξοπλισμός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΙΔΟΣ
<p align="center">ΚΤΙΡΙΑΚΑ</p> <p align="center">ΔΟΜΙΚΑ</p> <p align="center">ΧΩΡΟΙ</p>	<p>Ενιαίος χώρος:</p> <p>α. Χωροταξικά τοποθετημένος σε στρατηγικό σημείο (απομονωμένος, με υψηλό βαθμό ασηψίας, εγγύς της κεντρικής αποστείρωσης και των διαγνωστικών εργαστηρίων)</p> <p>β. Μονωμένος ηχητικά τετραγωνισμένης περίπου κάτοψης διαιρεμένος σε απομονωμένους με ειδικά διαχωριστικά διπλών τζαμιών</p> <p>γ. Με προβλέψεις:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). χώρων με υπερπίεση για ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. 2). χώρων με υποπίεση για πάσχοντες από μεταδοτικά νοσήματα <p>δ. Χωροταξική Διαρρύθμιση:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Ειδικά διαμορφωμένοι χώροι (20 τμ.) για κάθε κρεβάτι νοσηλείας με ανεξάρτητους νιπτήρες 2). Βάση, σταθμός εποπτείας, χώρος εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού (επιφάνειας τουλάχιστο 12 τμ. για 6 κλίνη μονάδα) 3). Εργαστήριο απλό για άμεσες εξετάσεις τουλάχιστο 12 τμ. 4). Χώρος για φορητό ακτινολογικό μηχάνημα 5). Βοηθητικοί χώροι για ακάθαρτα και σκωραμίδες 6). WC επιφάνειας 3 τμ. ασθενών 7). Λινοθήκη/ Καθαρός Ιματισμός 8). Χώροι καθαριότητας 9). Χώροι προσωπικού: <ol style="list-style-type: none"> α) Γραφεία Ιατρών – χώρος συσκέψεων (12 τμ.) β). Χώρος διημέρευσης και ανάπαυσης προσωπικού (9 τμ. ανά κρεβάτι νοσηλείας) γ). Χώρος διανυκτέρευσης Ιατρού (9 τμ. ανά κρεβάτι ιατρού) 10). Αποθήκη εξοπλισμού και Αναλωσίμων (10 τμ.) 11). Εργαστήριο συντήρησης μηχανημάτων (6 τμ.) 12). Κουζίνα –Γραφείο (8 τμ.) 13). Αποδυτήρια Χώροι Υγιεινής επιφάνειας (8 τμ.) 14). Χώροι Επισκεπτών: <ol style="list-style-type: none"> α). Υποδοχή, αλλαγή ενδυμασίας, WC επισκεπτών (6 τμ.) β). Χώρος εκτός της μονάδας παραμονής συγγενών, WC (12 τμ.)

<p>ΕΠΙΠΛΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ</p>	<p>α. Νοσηλευτικές κλίνες ειδικού τύπου με αρθρώσεις β. Κομοδίνα γ. Ειδικά φορητά διαχωριστικά τοιχώματα δ. Κουρτίνες ε. Φωτιστικό</p>
<p>ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ / ΔΙΚΤΥΑ</p>	<p>α. Αερισμού, εξαερισμού β. Κλιματισμού γ. Ρεύματος δ. Ύδρευση, αποχέτευση ε. Παροχής αερίων: 1). οξυγόνου 2). πεπιεσμένου αέρα 3). πρωτοξειδίου του Αζώτου 4). Κενού αναρρόφησης</p>
<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ & ΕΡΓΑΛΕΙΑ</p>	<p>α. Εργαλεία περίθαλψης (σύριγγες, νυστέρια, λαβίδες κλπ) β. Αναλώσιμα (οροί, γάζες κλπ) γ. Εξοπλισμός νοσηλείας (Σκωραμίδες, ιματισμός κλπ) δ. Εξοπλισμός μετακίνησης (φορεία, αμαξίδια κλπ) ε. Ιατρικά Βοηθήματα (δεκανίκια, πι κλπ)</p>

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ**

&

ΕΡΓΑΛΕΙΑ

- α. Συστήματα κεντρικής και παρακλίνιας οπτικής και ακουστικής αναπνευστικής και καρδιακής παρακολούθησης ασθενών
- β. Συστήματα Επιτήρησης Καταγραφής και Επεξεργασίας Ηλεκτρικών και άλλων Βιοσημάτων όπως:
 - 1). Θερμοκρασία
 - 2). Μη επεμβατική μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης.
 - 3). Επεμβατική (Αιματηρή) μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης.
 - 4) Μέτρησης οξεοβασικής ισορροπίας ηλεκτρολυτών και αερίων αίματος
- γ. PO₂ και PCO₂ (Νεογνικές).
- δ. Ηλεκτροκαρδιογράφος (3 απαγωγές Eindhoven ή προκάρδιες)
- ε. Απινιδωτής
- στ. Αναπνευστήρες διαφόρων τύπων (όγκου, πίεσης κλπ)
- ζ. Αντλίες έγχυσης σταγόνας υγρών /φαρμάκων
- η. Κινητή αναρρόφηση
- θ. Νεφελοποιητής
- ι. Απλό in vitro εργαστήριο για διαγνωστικές εξετάσεις
- ια. Κλίβανος ταχείας αποστείρωσης
- ιβ. Συσκευή πλύσεως αποστείρωσης σκωραμίδων
- ιγ. Βηματοδότης
- ιδ. Συσκευή υπό /υπερθερμίας
- ιε. Συσκευή παροχής υγρών παρεντερικής λήψης
- ιστ. Συσκευή βρογχοσκόπησης
- ιζ. Κινητό ακτινολογικό μηχάνημα
- ιη. Διαφανοσκόπια ακτινογραφιών
- ιθ. Οξύμετρο
- κ. Οσμόμετρο
- κα. Μονάδα αιμοκάθαρσης (τεχνητός νεφρός)
- κβ. Folley, Levin, Peg
- κγ. CCO (Swan, Ganz)
- κδ. PICCO

Πίνακας 1.3
Ενδεικτική Στελέχωση Μ.Ε.Θ. με Βασικό Προσωπικό (Πολυδύναμης, 6 κλινών)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΛΗΘΟΣ	ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ	ΠΡΟΣΟΝΤΑ
Ιατρός	Παθολόγος, Χειρουργός, Αναισθησιολόγος, Πνευμονολόγος ή Καρδιολόγος	1	Επιστημονικός Υπεύθυνος	διετούς τουλάχιστο εμπειρία ως επιστημονικός υπεύθυνος
Ειδικευμένος Ιατρός	Παθολόγος, Χειρουργός, Αναισθησιολόγος, Πνευμονολόγος ή Καρδιολόγος	1	Ιατρικό Προσωπικό	διετούς τουλάχιστο εξειδίκευση σε Μ.Ε.Θ. ανά ωράριο εργασίας εικοσιτετράωρης βάσης
Νοσηλεύτης/-τρια	-	1	Προϊστάμενος	ΤΕΙ ή ισότιμη σχολή ανά μιάμιση κλίνη
Νοσηλεύτης/-τρια	-	4	Βοηθός Νοσοκόμος (2 πρωί, 1 απόγευμα, 1 βράδυ)	-
Φυσιοθεραπευτής	-	4	(2 πρωινό ωράριο εργασίας, 1 απόγευμα και 1 ωράριο εργασίας ΣΚ και Αργίες)	-
Παρασκευαστές	Στην εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων (ΡΗ και αέρια αίματος, ηλεκτρολύτες, αιματολογικές, χειριστής αναπνευστήρων και φροντιστής μηχανημάτων της ΜΕΘ βρογχοσκόπιο, αιματολογικών κλπ)	3	1 πρωί, 1 απόγευμα, 1 βράδυ	ΤΕΙ ή ισότιμη σχολής
Ηλεκτρονικοί	-	Τουλάχιστο 2		ΤΕΙ ή ισότιμη σχολής
Αποστειρωτής	-	1	-	-

Πηγή: Ελληνική Δημοκρατία, (1991), «Π.Δ. 517/91 για Τεχνικές Προδιαγραφές, Απαραίτητος Ιατρικός Εξοπλισμός, Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού και Συμπλήρωση του Π.Δ. 247/91 Όροι Προϋποθέσεις και Διαδικασία για την Ίδρυση, Λειτουργία και Μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών», ΦΕΚ Α '202 Εφήμερης της Κυβερνήσεως, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα

Επισκεπτόμενη την 10 Οκτ 2017 στο: <http://www.isli.gr/site/attachments/article/702/ΠΔ%20517-1991.pdf>

Πίνακας 1.4
Τύπος Δαπάνης ανά Είδος Περίθαλψης

ΙΑτροφαρμακευτική Περίθαλψη, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1. Ιατρική εξέταση σε ιατρείο ή στο σπίτι του ασθενούς, ιατρικές διαγνωστικές εξετάσεις (Εργαστηριακές, Βιοχημικές, κλπ)
	2. Ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία
	3. Περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων
	4. Εξωσωματική γονιμοποίηση
	5. Παρακλινικές εξετάσεις με επιλογή του ασφαλισμένου από εργαστηριακούς ιατρούς, διαγνωστικά εργαστήρια, πολυιατρεία και εξωτερικά εργαστήρια ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εξωτερικά ιατρεία κρατικών ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων, κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων
	6. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας, προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής, προσυμπτωματικού έλεγχου για καρδιαγγειακά νοσήματα ή για καρκίνο, εμβολιασμούς σε παιδιά και ενήλικες, προγεννητικούς έλεγχους σε γυναίκες και άνδρες, προληπτική οδοντιατρική σε παιδιά
	7. Φαρμακευτική περίθαλψη για πρόληψη, θεραπεία, διάγνωση με φάρμακα και ουσίες, διαγνωστικές ουσίες, ειδικά φάρμακα και εμβόλια κλπ από φαρμακεία
	8. Οδοντιατρική περίθαλψη για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία νόσων των οδόντων και του στόματος καθώς αποκατάσταση οδόντων από οδοντιάτρους και πολυοδοντιατρεία ελεύθερης επιλογής του ασφαλισμένου

<p style="text-align: center;">ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (Συνέχεια)</p>	<p>9. Φυσικοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία, Ψυχοθεραπεία σε εργαστήρια φυσικοθεραπείας, φυσικοθεραπευτήρια και εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, στα αντίστοιχα εργαστήρια κλινικών και θεραπευτηρίων, καθώς και σε κρατικά νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης σε περιπτώσεις ασθενών με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με σοβαρά κινητικά προβλήματα, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα αναστρέψιμα (σοβαρά κατάγματα ή δυσκαμψίες), παιδιών μέχρι την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους με αμιγή περιστατικά κινητικών προβλημάτων, με νοητικά προβλήματα και αυτισμό με μικτά περιστατικά κινητικών και νοητικών ή ψυχονοητικών προβλημάτων, με αμιγή περιστατικά κωφότητας μεγάλου βαθμού, με μαθησιακές δυσκολίες</p>
	<p>10. Ειδική Αγωγή για παιδιά σε ειδικά εκπαιδευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης, για άτομα με αυτισμό, με βαρεία νοητική ή σωματική αναπηρία</p>
	<p>11. Λοιπή περίθαλψη με θεραπευτικά, διαγνωστικά, ορθοπεδικά μέσα και προθέσεις, ακουστικά βαρηκοΐας κλπ γυαλιά, ορθοπεδικά είδη, παιδικά υποδήματα, οι κηδεμόνες σκολίωσης και κύφωσης, για παιδιά και εφήβους μέχρι 18 ετών, στρώματα κατακλίσεως σε μακροχρόνια κατάκοιτους ασθενείς, χειροκίνητο απλό αμαξίδιο ή αμαξίδιο ελαφρού τύπου σε πάσχοντες από ακρωτηριασμό κάτω άκρων ή παραπληγία ή βαρείες νευρολογικές παθήσεις με κινητική αναπηρία, ηλεκτροκίνητο αμαξίδιο εφάπαξ για ενήλικες και παιδιά με τετραπληγία ή ασθένειες με ίδιο αποτέλεσμα με την τετραπληγία, συσκευές CPAP και BIPAP, ηλεκτροκίνητο ποδήλατο ενεργητικής και παθητικής κινησιοθεραπείας σε τετραπληγικούς ασθενείς, προμήθεια οξυγόνου ή ενοικίαση συμπυκνωτή, απλά διαγνωστικά μέσα, (πχ συσκευή μέτρησης σακχάρου) και αναλώσιμα υλικά, τεχνητά βοηθήματα τυφλών και κωφών, αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης προς αποκατάσταση της υγείας ή ανακούφιση.</p> <p>Προϊόντα και σκευάσματα ειδικής διατροφής, διαιτητική αγωγή για αντιμετώπιση ή θεραπεία μεταβολικών νοσημάτων, (πχ, νόσου του Crohn, αλλεργίας στο γάλα αγελάδας, κυστικής ίνωσης κλπ) σε ασθενείς που σιτίζονται μέσω γαστροστομίας ή που έχουν υποβληθεί σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις.</p>

Νοσοκομειακή Περίθαλψη, Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1. Νοσηλεία, ενδιαίτηση, η ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική αγωγή, αναγκαίες συνήθειες ή ειδικές θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις σε κρατικά ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα, θεραπευτήρια, νοσηλευτήρια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικές κλινικές
	2. Κατ' οίκον νοσηλεία σε ασθενείς από νοσοκομεία του ΕΣΥ, των Ε.Δ., του πρώην υπουργείου παιδείας και θρησκευμάτων, του Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. ή από συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές
	3. Ημερήσια νοσηλεία και νοσοκομειακή φροντίδα χωρίς εισαγωγή
	4. Αποκλειστική νοσοκόμα κατά τις νυχτερινές ώρες σε ασθενείς με σοβαρή ασθένεια σε κρατικό νοσοκομείο
	5. Ψυχιατρική νοσηλεία σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή εγκεκριμένες μονάδες
	6. Μαιευτική περίθαλψη - επίδομα τοκετού, σε περίπτωση φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής σε νοσοκομείο ή κλινική

Ειδικές Θεραπείες Υγείας

ΕΙΔΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1, Ειδική αγωγή για παιδιά σε ειδικά εκπαιδευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης
	1. Ειδική αγωγή για άτομα με βαριά νοητική ή σωματική αναπηρία

Πηγή: Ελληνική Δημοκρατία, (2005), *Νέος Κανονισμός Παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)*, ΦΕΚ Β'213, Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα

Επισκεπτόμενη την 10 Οκτ 2017 στο: <https://www.gdimitrakopoulos.gr/files/nomoi/kanonismos.pdf>

Πίνακας 1.5
Υπηρεσίες ανά Στάδιο Νοσηλείας Ασθενούς

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	
<p>ΣΤΑΔΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</p> <p>Ο ασθενής αφού παρουσιαστεί ή διακομιστεί στο νοσοκομείο κατευθύνεται:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση και γνωμάτευση για θεραπευτική αγωγή κατοίκων ή νοσηλευόμενος 2. Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για επείγουσα εξέταση και παροχή Α΄ Βοηθειών 3. Στο γραφείο εισαγωγών για προγραμματισμένη νοσηλεία
<p>ΣΤΑΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</p> <p>1. Ανάλογα του επείγοντος και της σοβαρότητας του περιστατικού παρέχεται άμεση φροντίδα για προσωρινή ή μόνιμη αποκατάσταση, ενώ η οριστική θεραπευτική αγωγή, έλεγχος και παρακολούθηση αποφασίζεται είτε με:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Άμεση εισαγωγή 2. Προγραμματισμένη εισαγωγή για νοσηλεία 3. Κατοίκων νοσηλεία <p><i>Στο στάδιο της εισαγωγής στο Γραφείο Εισαγωγών γίνονται όλες οι απαραίτητες διαδικασίες σε ότι αφορά στο φορέα ασφάλισης και οικονομικής κάλυψης των δαπανών υγείας (θεραπείας και νοσηλείας) του ασθενούς</i></p>
<p>2. Στις περιπτώσεις παροχής Α΄ Βοηθειών και επειγόντων περιστατικών παρέχονται οι εξής ιατρικές υπηρεσίες:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εργαστηριακοί έλεγχοι και Ιατρικές εξετάσεις 2. Χειρουργική επέμβαση 3. Φαρμακευτική αγωγή 4. Ειδική θεραπευτική περίθαλψη

<p>ΣΤΑΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</p> <p>1. Στις περιπτώσεις άμεσης εισαγωγής ή προγραμματισμένης νοσηλείας ο ασθενής νοσηλεύεται ανάλογα της πάθησης σε:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Θάλαμο γενικής ή ειδικής νοσηλείας 2. Μονάδα εντατικής νοσηλείας (Μ.Ε.Θ.) 3. Ειδική νοσηλευτική μονάδα (χειρουργικό, μαιευτήριο κλπ)
<p>2. Ο ασθενής κατά την νοσηλεία του λαμβάνει:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Νοσοκομειακή περίθαλψη 2. Εργαστηριακούς Ελέγχους και Ιατρικές Εξετάσεις (Γαστροσκόπηση, Κωλονοσκόπηση, Βιοψίες κλπ) 3. Θεραπευτική ή φαρμακευτική αγωγή 4. Μετεγχειρητική περίθαλψη για αποκατάσταση (από χειρουργική επέμβαση, κλπ) 3. Ειδική Θεραπευτική Αγωγή (Χημειοθεραπεία, λουτρά, κλπ)
<p>ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΑΓΩΓΗΣ</p> <p>Μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής και την αποκατάσταση της υγείας του ο ασθενής:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Λαμβάνει εξιτήριο 3. Συνεχίζει την θεραπευτική αγωγή κατοίκων 4. Εκτελεί προγραμματισμένες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου

Πηγή: Αργυράκου Α. (2017), Πλοίαρχος Νοσηλεύτρια Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Προσωπική Επικοινωνία, 10 Νοε 2017

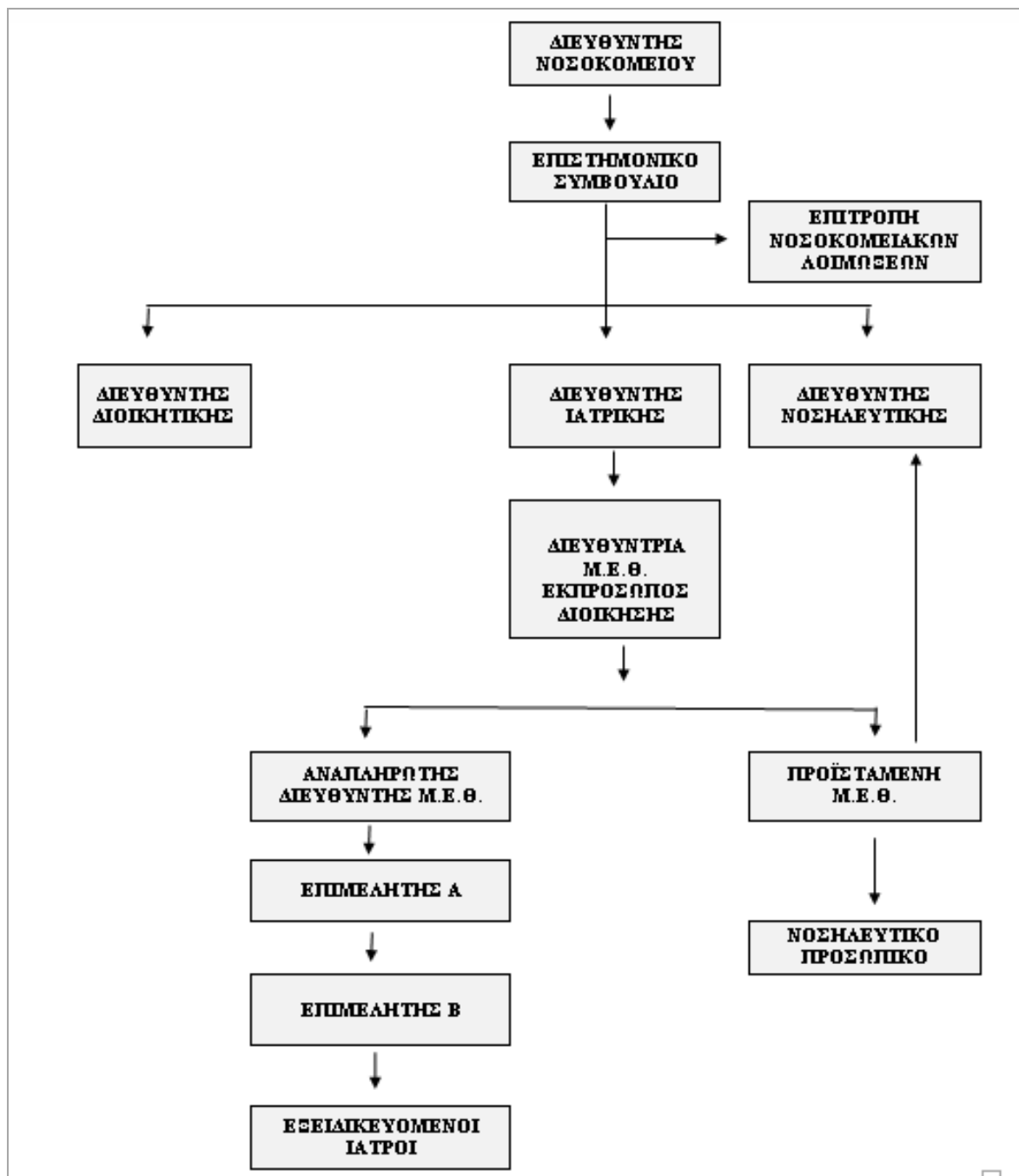
Πίνακας 1.6
Βασικές Κατηγορίες Κόστους Λειτουργίας Μ.Ε.Θ.

ΠΑΓΙΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
Γραμμική Σταθερή Απόσβεση	Απόσβεση Κτιρίων	Διοίκηση	Ιατρική Περίθαλψη	Φάρμακα, Σκευάσματα, Προϊόντα	Συμβουλευτικό
Γενική Συντήρηση	Υδρευση, Αποχέτευση, Ενέργεια, Απορρίμματα	Καθαρισμοί	Ραδιολογία	Αίμα και Παράγωγα Αίματος	Μη Συμβουλευτικό
Ετήσιο κόστος Leasing/Ενοικίασης	Συντήρηση Εξοπλισμού, Διακόσμηση		Καρδιολόγοι και λοιποί	Υλικό Μίας Χρήσης	Νοσηλευτικό
	Επιτόκια		Εργαστηριακοί		Τεχνικοί
			Φαρμακοποιοί		
			Διαιτολόγοι		
Ποσοστά Επιβάρυνσης του Συνολικού Κόστους					
6 %	2,7 % - 3,4 %	7 % - 7,8 %	7 % - 8,5 %	21,5 % - 24,7 %	53,6% - 54,7 %

Πηγή: J Seidel, PC Whiting, DL Edbrooke, (2006), «The costs of intensive care», Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, Volume 6, Issue 4, 1 Pages 160–163, BJA Education Oxford Academic

Επισκεπτόμενη την 5 Νοε 2017 στο: <https://academic.oup.com/bjaed/article/6/4/160/387292/The-costs-of-intensive-care>

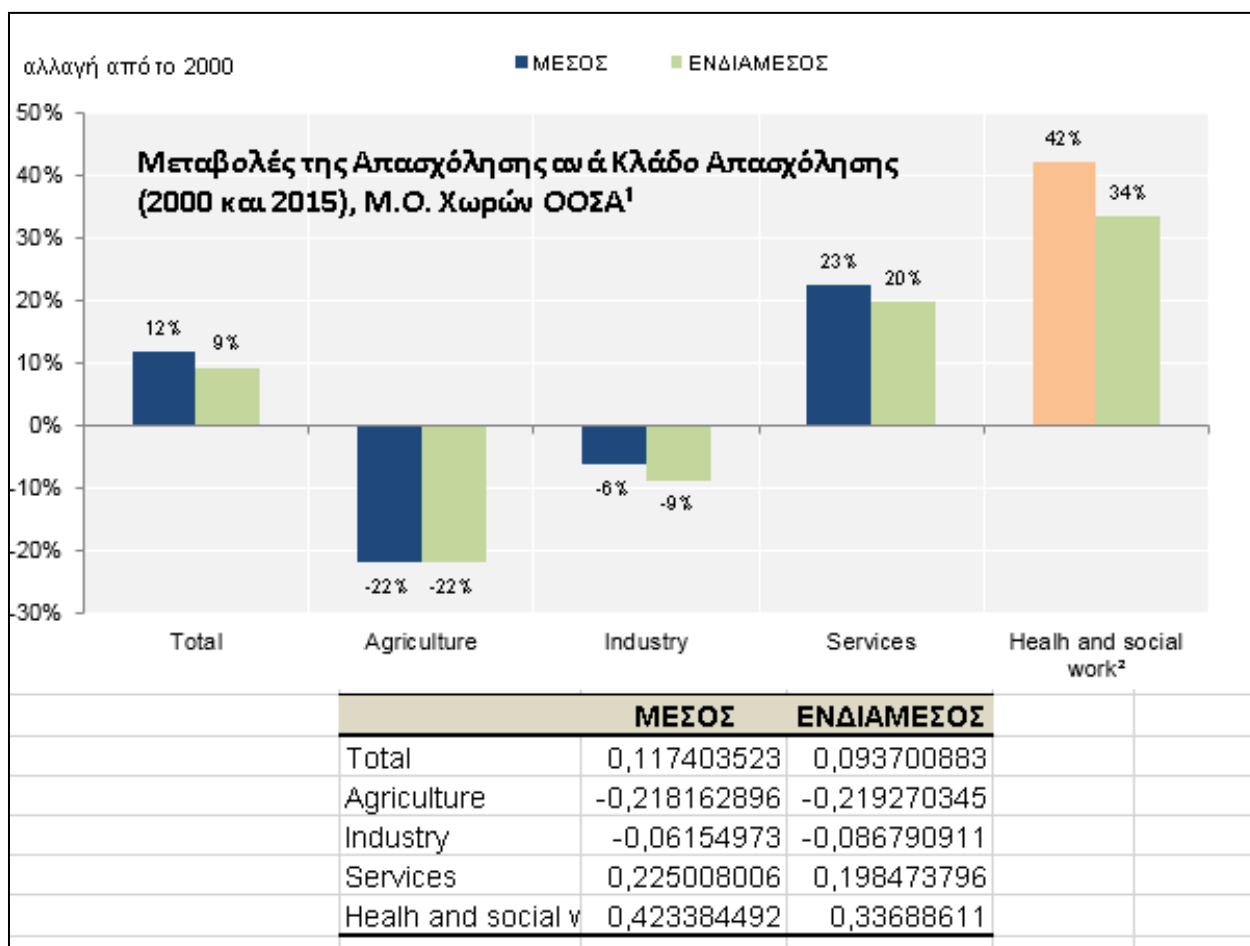
Διάγραμμα 1.1
Τυπικό Ιεραρχικό Οργανόγραμμα Μ.Ε.Θ.



Πηγή: Κωσταντοπούλειο Γ.Ν.Σ. Νέας Ιωνίας , (2010), «Εγχειρίδιο Διαχείρισης Ποιότητας κατά ISO 9001:2008 Μονάδας Εντατικής Θεραπείας »

Επισκεπτόμενη την 10 Οκτ 2017 στο: http://icukonstant.gr/wp-content/uploads/2014/12/ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ_ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ_ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.pdf

**Διάγραμμα 2.1-
Μεταβολές της Απασχόλησης
ανά Εργασιακό Κλάδο Χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015)**



α. Μέσος Όρος των 30 χωρών Ο.Ο.Σ.Α. (εκτός Χιλής, Ισλανδίας, Νέας Ζηλανδίας, Ελβετίας και Τουρκίας)

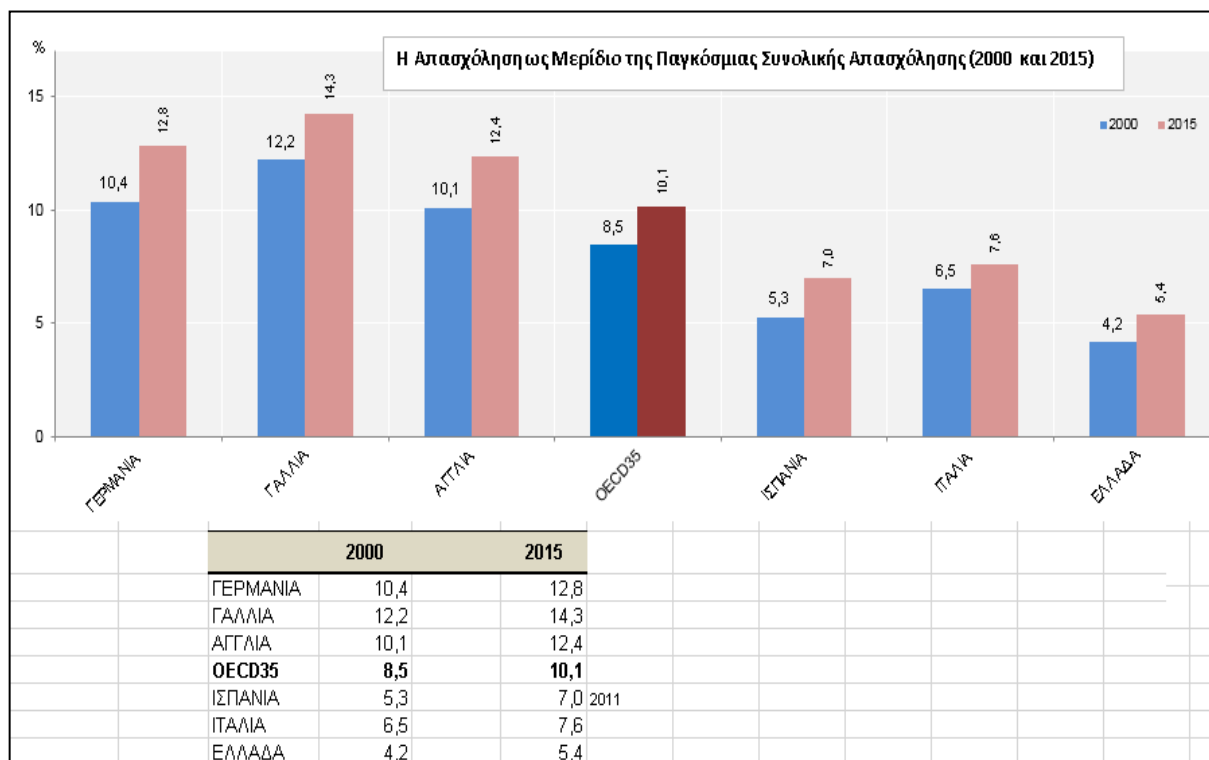
β. Οι ιατρικές και κοινωνικές εργασίες έχουν θεωρηθεί κλάδος υπηρεσιών

Πηγή: OECD National Accounts

Επισκεπτόμενη την 10 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/employment-growth-by-sector-between-2000-and-2015-or-nearest-year-oecd-average_health_glance-2017-graph129-en

Διάγραμμα 2.2 Η Απασχόληση στο Κλάδο της Υγείας ως Ποσοστό της Παγκόσμιας Συνολικής Απασχόλησης

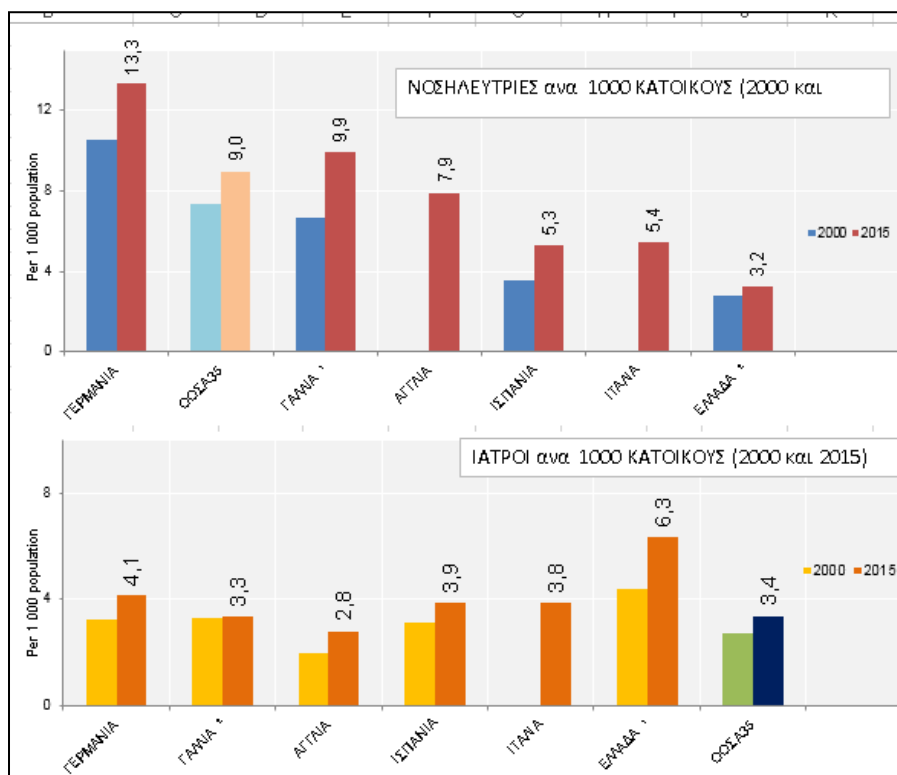
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015)



Πηγή: OECD Annual Labour Force Statistics.OECD National Accounts

Επισκεπτόμενη την 10 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/employment-in-health-and-social-work-as-a-share-of-total-employment-2000-and-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph128-en

Διάγραμμα 2.3
Αριθμός Ιατρών και Νοσηλευτών ανά 1000 Κατοίκους
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 και έτος 2015)



ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ ανά 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (2000 και 2015)			ΙΑΤΡΟΙ ανά 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ (2000 και 2015)		
ΑΡΙΘΜΟΣ	2000	2015	ΑΡΙΘΜΟΣ	2000	2015
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,5	13,3	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	3,3	4,1
ΓΑΛΛΙΑ *	6,7	9,9	ΓΑΛΛΙΑ *	3,3	3,3
ΑΓΓΛΙΑ	2,0	2,8	ΑΓΓΛΙΑ	2,0	2,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,5	5,3	ΙΣΠΑΝΙΑ	3,1	3,9
ΙΤΑΛΙΑ	3,5	5,4	ΙΤΑΛΙΑ	3,1	3,8
ΕΛΛΑΔΑ *	2,8	3,2	ΕΛΛΑΔΑ *	4,4	6,3
ΟΟΣΑ35	7,3	9,0	ΟΟΣΑ35	2,7	3,4

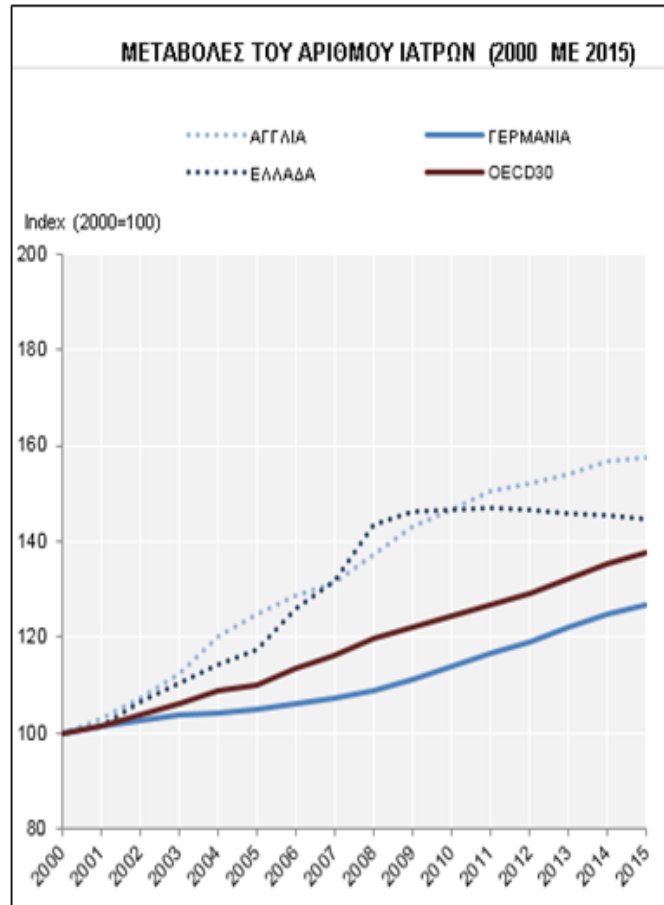
Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 5 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/practising-doctors-per-1-000-population-2000-and-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph130-en

Επισκεπτόμενη την 5 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/practising-nurses-per-1-000-population-2000-and-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph139-en

Διάγραμμα 2.4 Μεταβολή Αριθμού Ιατρών

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2000 έως έτος 2015)

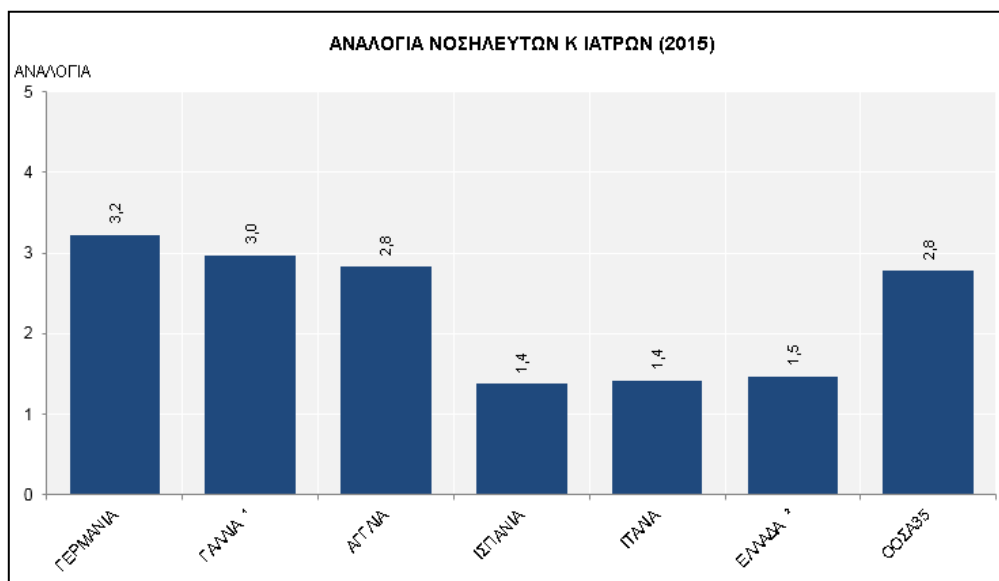


ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΙΑΤΡΩΝ (2000 ΜΕ 2015)																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ΑΓΓΛΙΑ	100	103	107	112	120	125	129	131	137	143	147	150	152	154	157	158
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	100	102	103	104	104	105	106	107	109	111	114	117	119	122	125	127
ΕΛΛΑΔΑ	100	101	107	111	114	118	126	132	143	146	147	147	146	146	146	145
OECD30	100	102	104	106	109	110	114	116	120	122	124	127	129	132	135	137

Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 5 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/evolution-in-the-number-of-doctors-selected-oecd-countries-2000-to-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph131-en

Διάγραμμα 2.5
Αναλογία Αριθμού Νοσηλευτών ανά Αριθμό Ιατρών
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



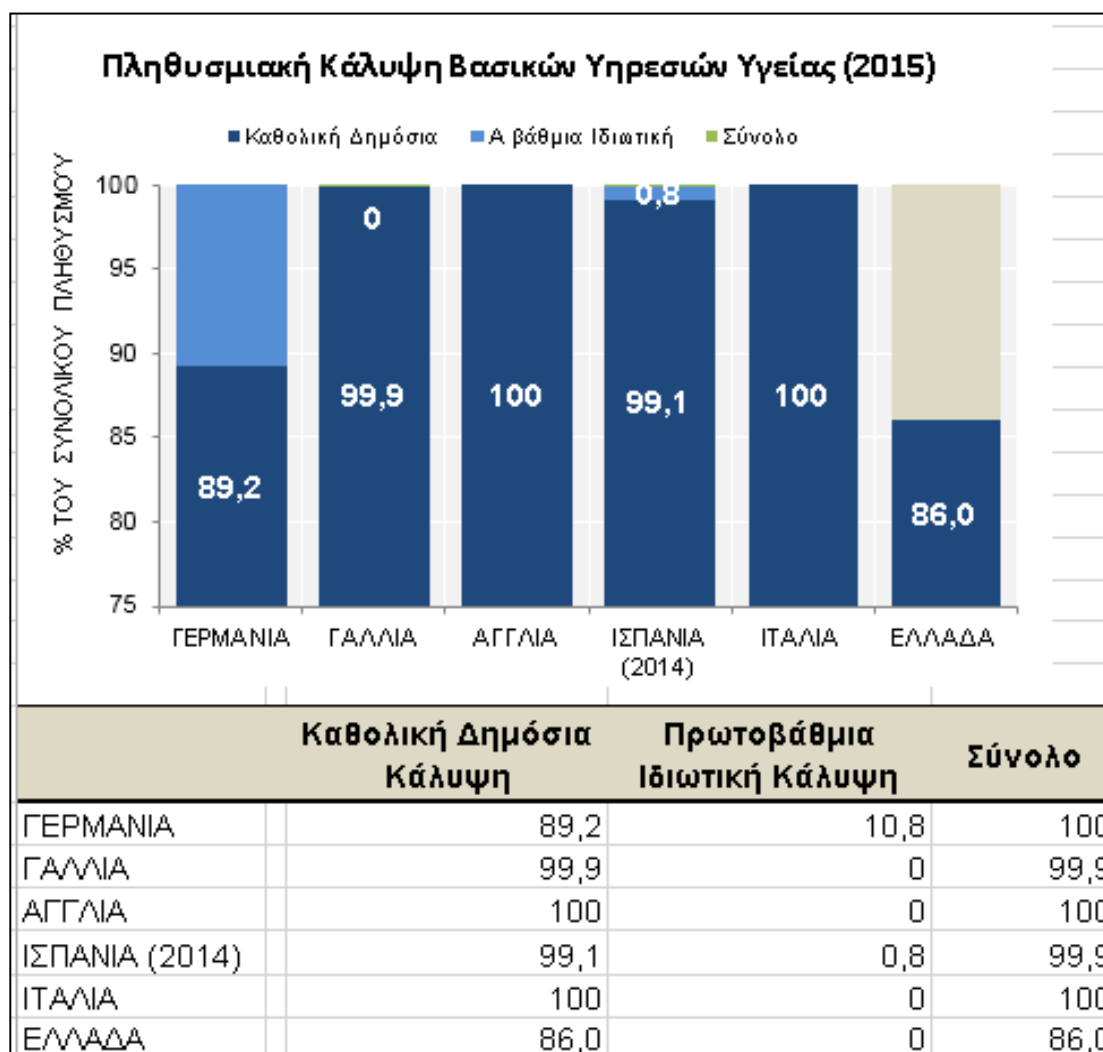
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ και ΙΑΤΡΩΝ (2015)		
ΕΠΙΠΕΔΟ 2015		
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Ειδικ	3,2
ΓΑΛΛΙΑ ¹	Επαγγ	3,0
ΑΓΓΛΙΑ	Ειδικ	2,8
ΙΣΠΑΝΙΑ	Ειδικ	1,4
ΙΤΑΛΙΑ	Ειδικ	1,4
ΕΛΛΑΔΑ ²	Νοσοκ	1,5
ΟΟΣΑ35		2,8

Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 5 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/ratio-of-nurses-to-doctors-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph140-en

Διάγραμμα 2.6
Πληθυσμιακή Κάλυψη
με Ομάδα Βασικών Υπηρεσιών Υγείας

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)

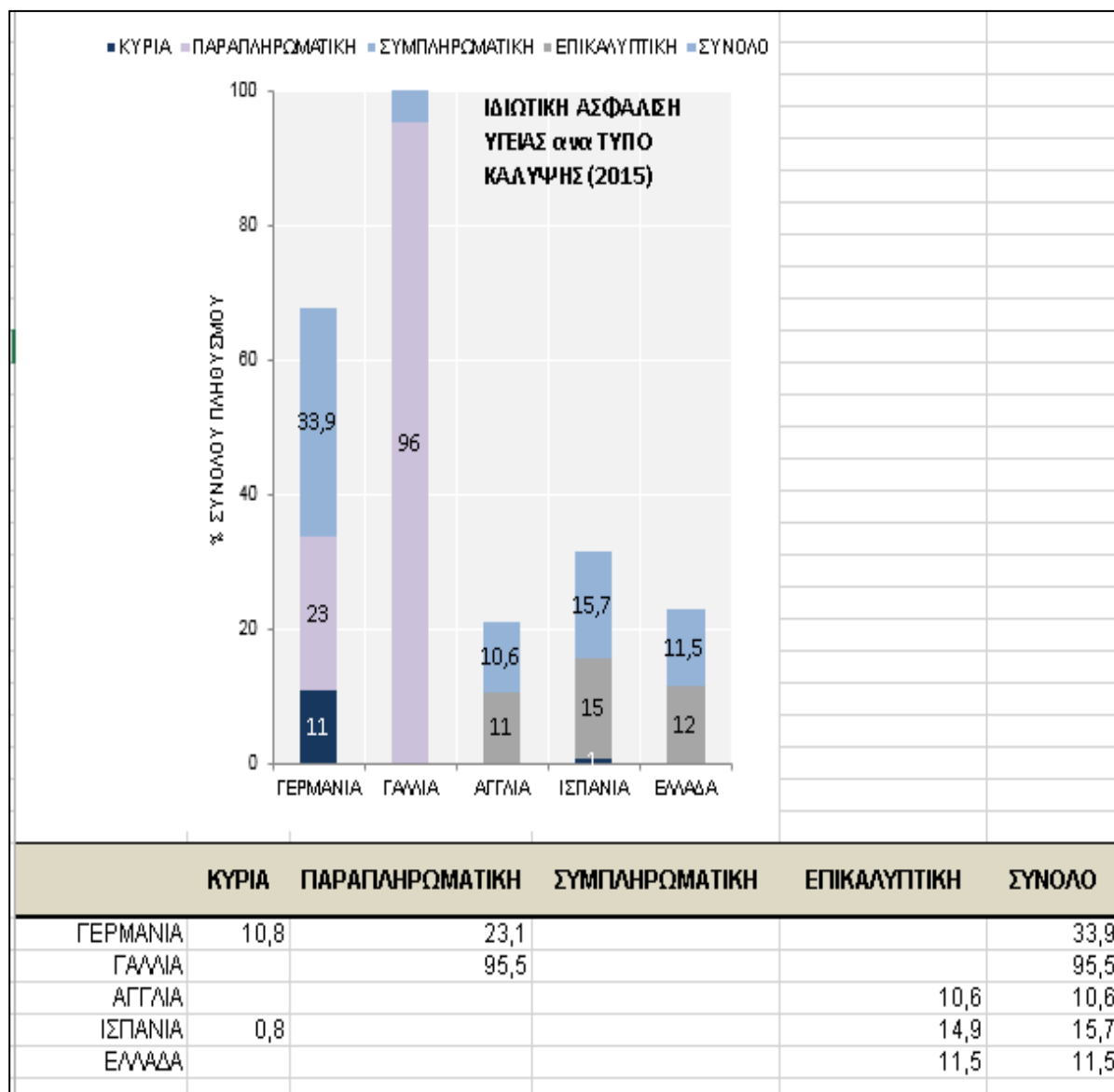


Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 10 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/population-coverage-for-a-core-set-of-services-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph52-en

Διάγραμμα 2.7
Πληθυσμιακή Κάλυψη ανά Κατηγορία Περιθαλψης
με Ιδιωτική Ασφάλιση

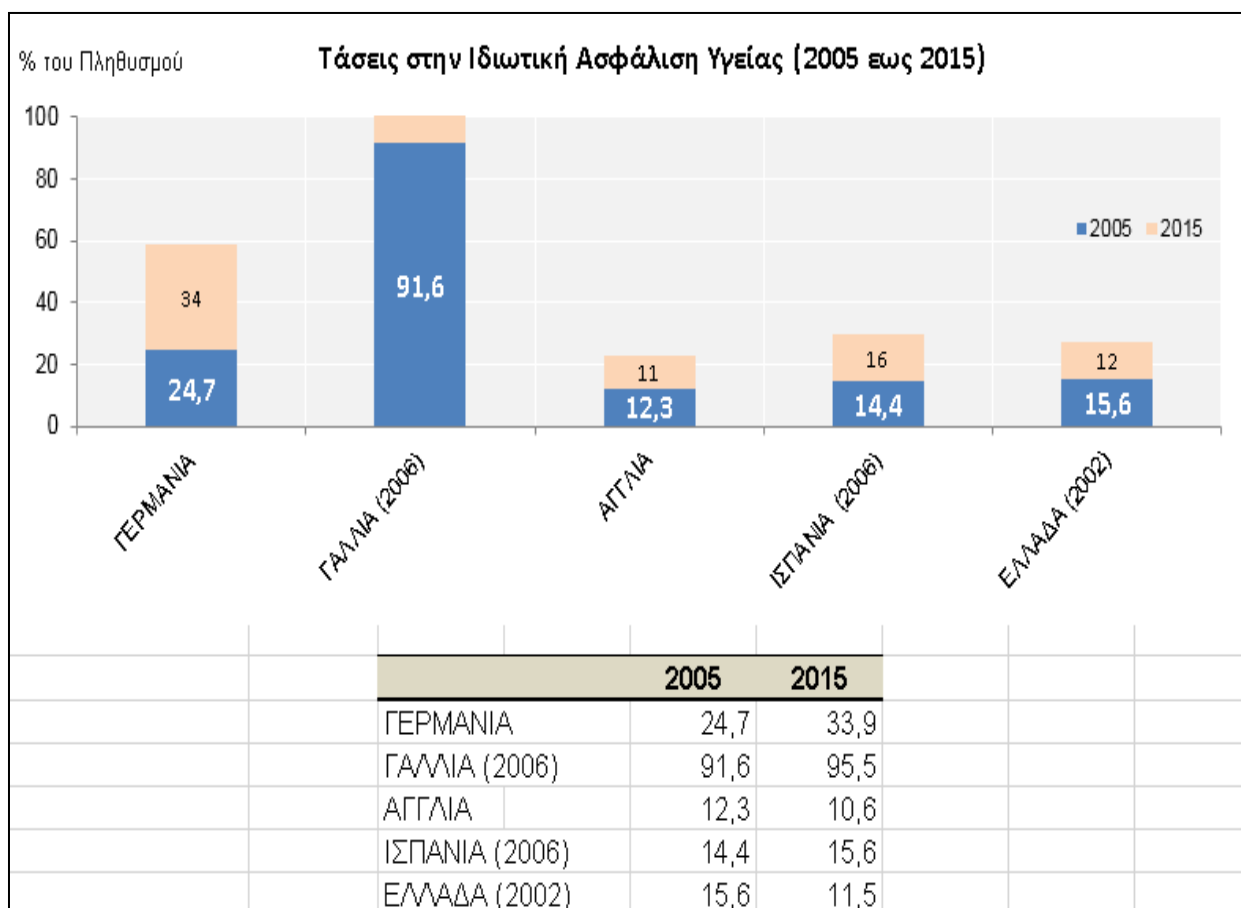
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/private-health-insurance-coverage-by-type-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph53-en

Διάγραμμα 2.8
Τάσεις στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας
(Περίοδος Μελέτης: 2005 έως 2015)

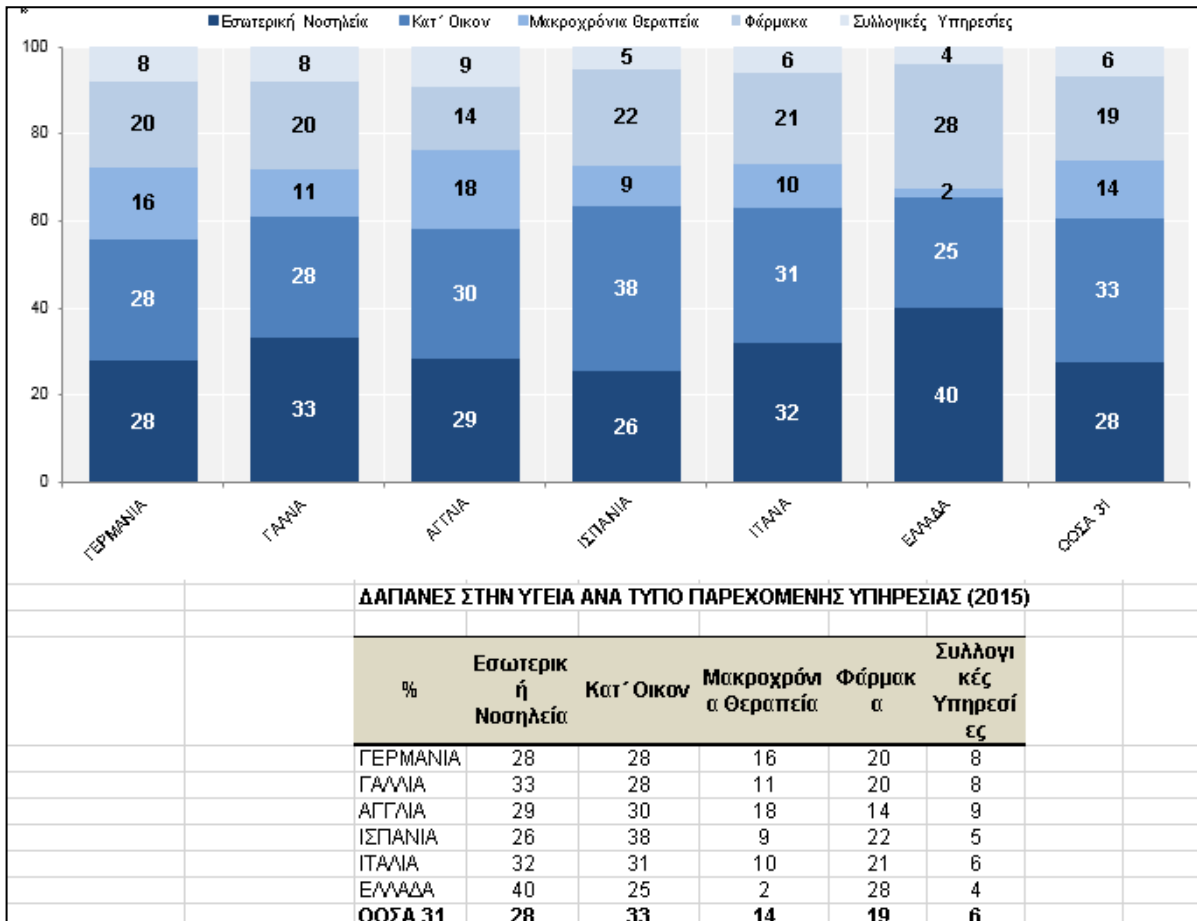


Πηγή: OECD Health Statistics, 2017

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/trends-in-private-health-insurance-coverage-2005-and-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph54-en

Διάγραμμα 2.9 Δαπάνες Χρηματοδότησης της Υγείας ανά Τύπο Παρεχόμενης Υπηρεσίας

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-by-type-of-service-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph121-en

Διάγραμμα 2.10 Αδυναμία Λήψης Ιατρικής Φροντίδας λόγω Κόστους της Υπηρεσίας

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2016)

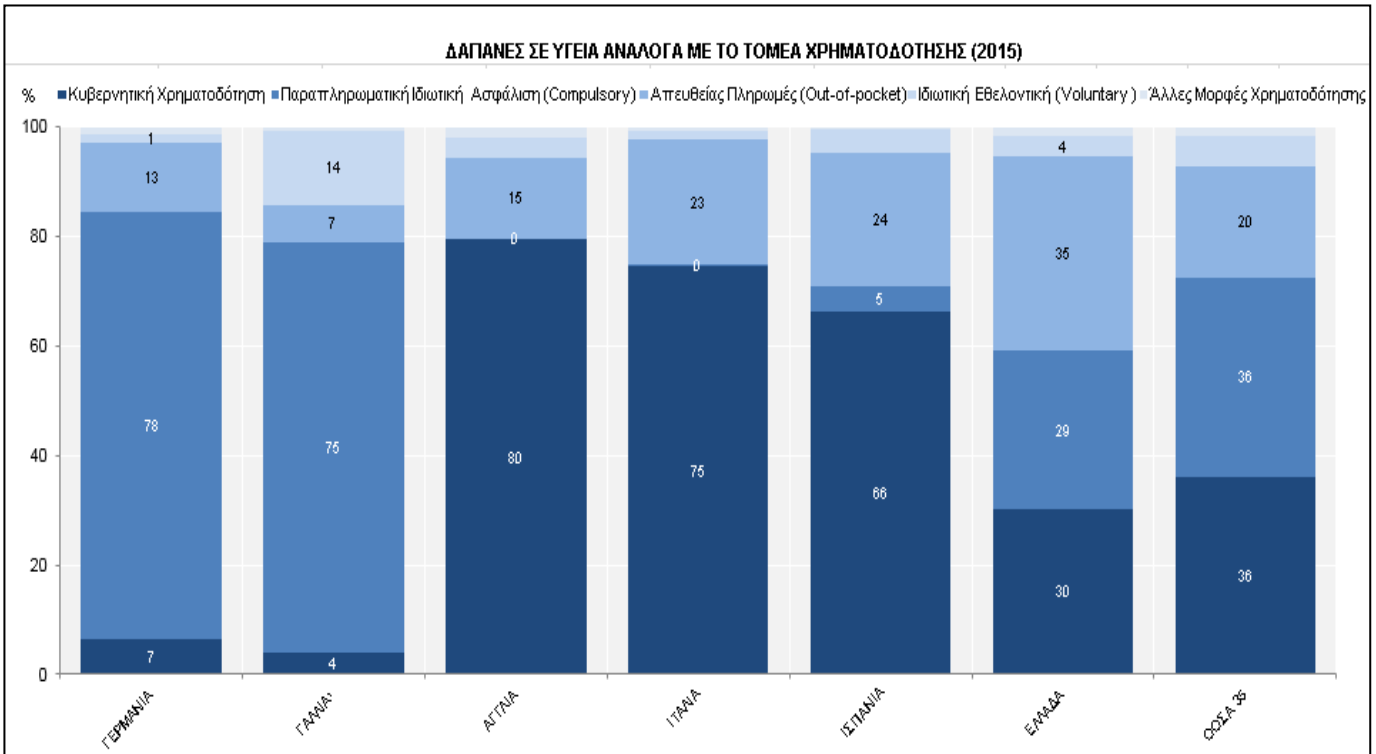


	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ 100 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	2016
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	2,6	2016
ΓΑΛΛΙΑ	8,5	2016
ΑΓΓΛΙΑ	4,2	2016
ΙΣΠΑΝΙΑ ¹	2,8	2014
ΙΤΑΛΙΑ ¹	4,8	2013
ΟΟΣΑ 17	10,5	

Πηγή: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 and other national sources.

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/consultations-skipped-due-to-cost-2016-or-nearest-year_health_glance-2017-graph55-en

Διάγραμμα 2.11
Δαπάνες σε Υγεία
Ανάλογα του Τύπου Χρηματοδότησης
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



%	Κυβερνητική Χρηματοδότηση	Παραπληρωματική Ιδιωτική Ασφάλιση (Compulsory)	Απευθείας Πληρωμές (Out-of-pocket)	Ιδιωτική Εθελοντική (Voluntary)	Άλλες Μορφές Χρηματοδότησης
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	7	78	13	1	2
ΓΑΛΛΙΑ ¹	4	75	7	14	1
ΑΓΓΛΙΑ	80	0	15	3	2
ΙΤΑΛΙΑ	75	0	23	2	1
ΙΣΠΑΝΙΑ	66	5	24	4	0
ΕΛΛΑΔΑ	30	29	35	4	2
ΟΟΣΑ 35	36	36	20	6	2

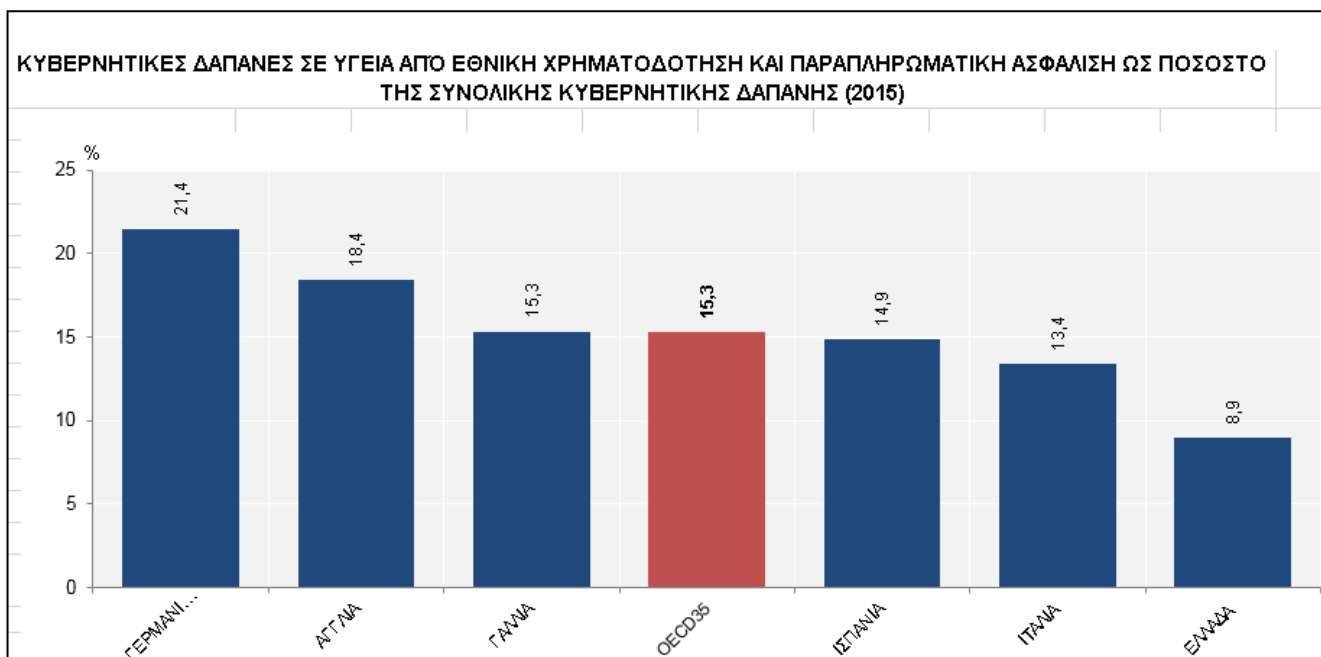
¹ Τα δεδομένα της Γαλλίας δεν περιλαμβάνουν απευθείας (out-of-pocket) πληρωμές

Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-by-type-of-financing-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph115-en

Διάγραμμα 2.12
Κυβερνητικές Δαπάνες σε Υγεία
από Εθνική Χρηματοδότηση και Παραπληρωματική Ασφάλιση ως Ποσοστό
της Συνολικής Κυβερνητικής Δαπάνης

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



¹Περιέχει Παραπληρωματική Κάλυψη από Ιδιωτική Χρηματοδότηση

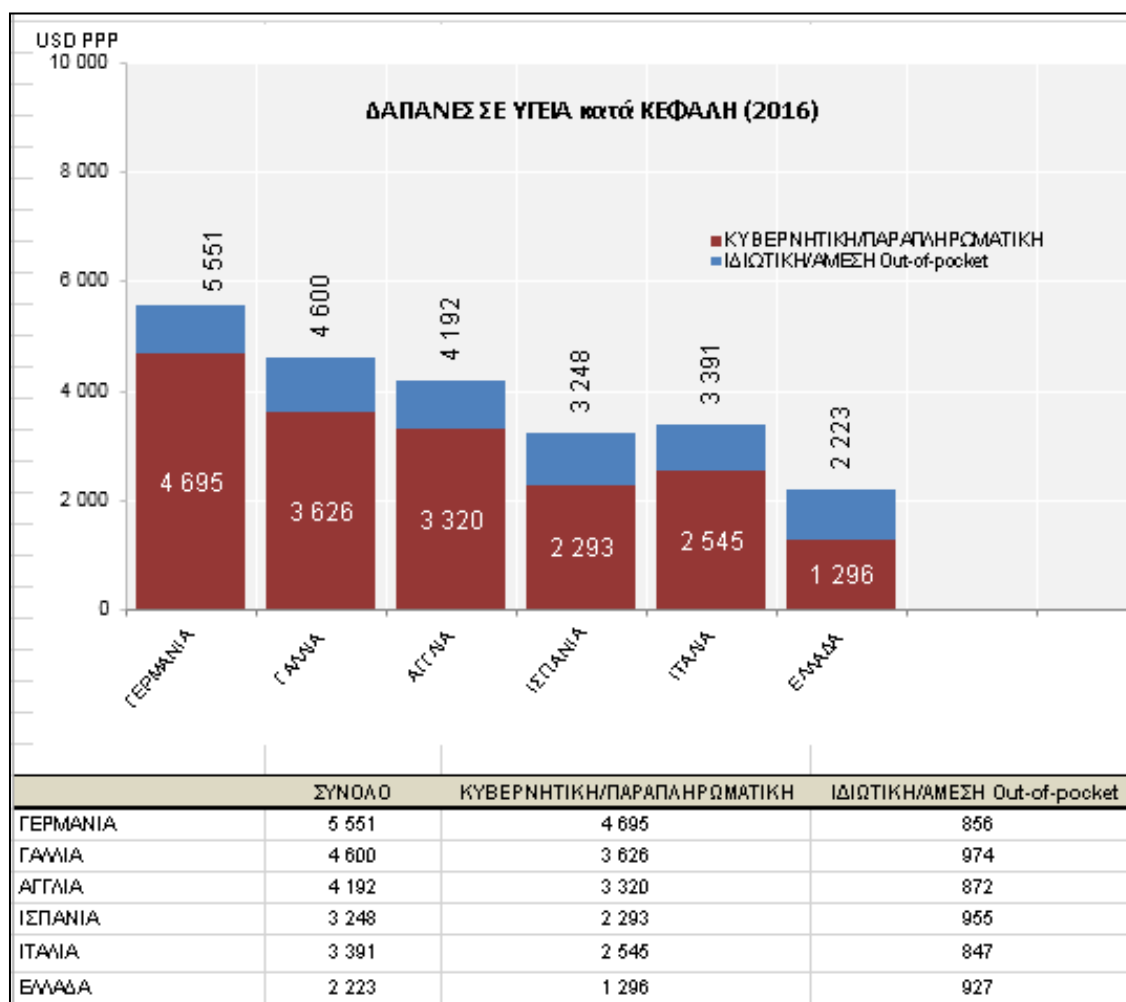
%	
ΜΕΡΙΔΙΟ	
ΓΕΡΜΑΝΙΑ ¹	21,4
ΓΑΛΛΙΑ	15,3
ΑΓΓΛΙΑ	18,4
ΙΣΠΑΝΙΑ	14,9
ΙΤΑΛΙΑ	13,4
ΕΛΛΑΔΑ	8,9
OECD35	15,3

Πηγή: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database.

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-spending-by-government-schemes-and-compulsory-health-insurance-as-share-of-total-government-expenditure-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph116-en

Διάγραμμα 2.13 Κατά Κεφαλήν Δαπάνες σε Υγεία

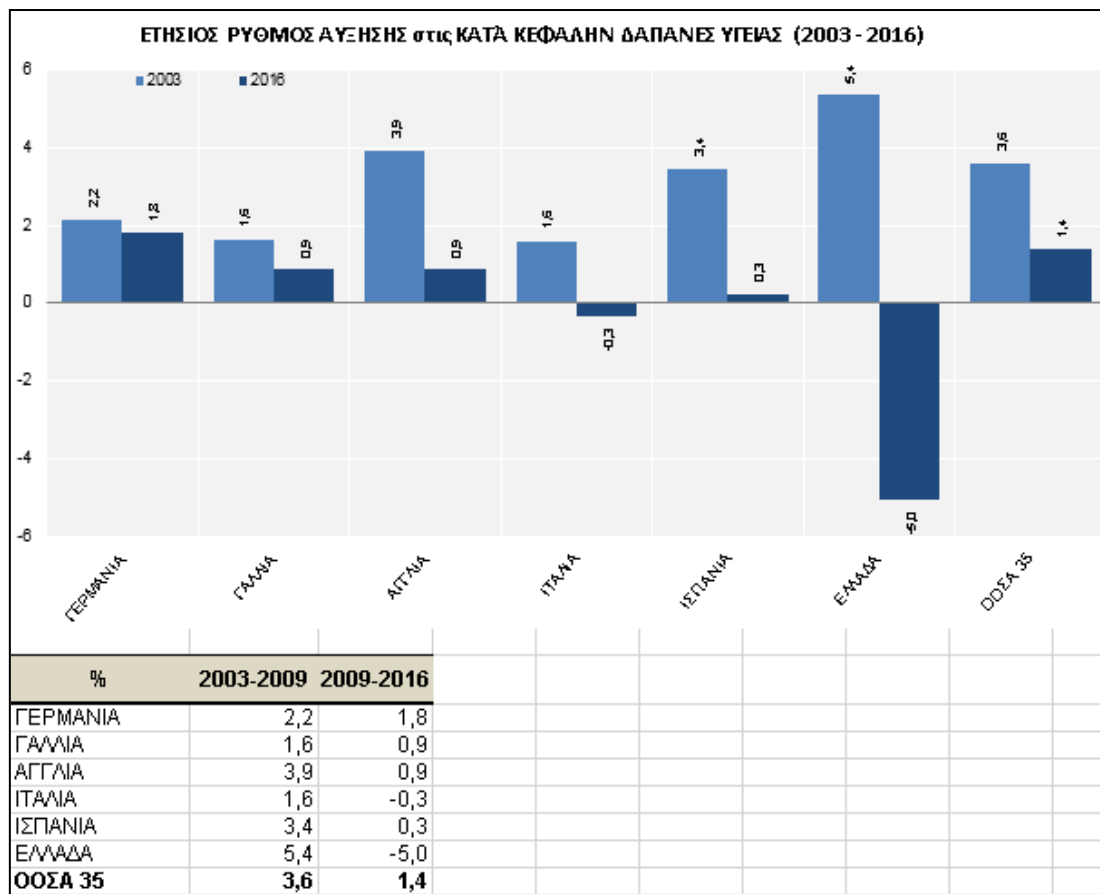
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2016)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-per-capita-2016-or-nearest-year_health_glance-2017-graph110-en

Διάγραμμα 2.14
Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης των κατά Κεφαλήν Δαπανών σε Υγεία
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 και έτος 2016)



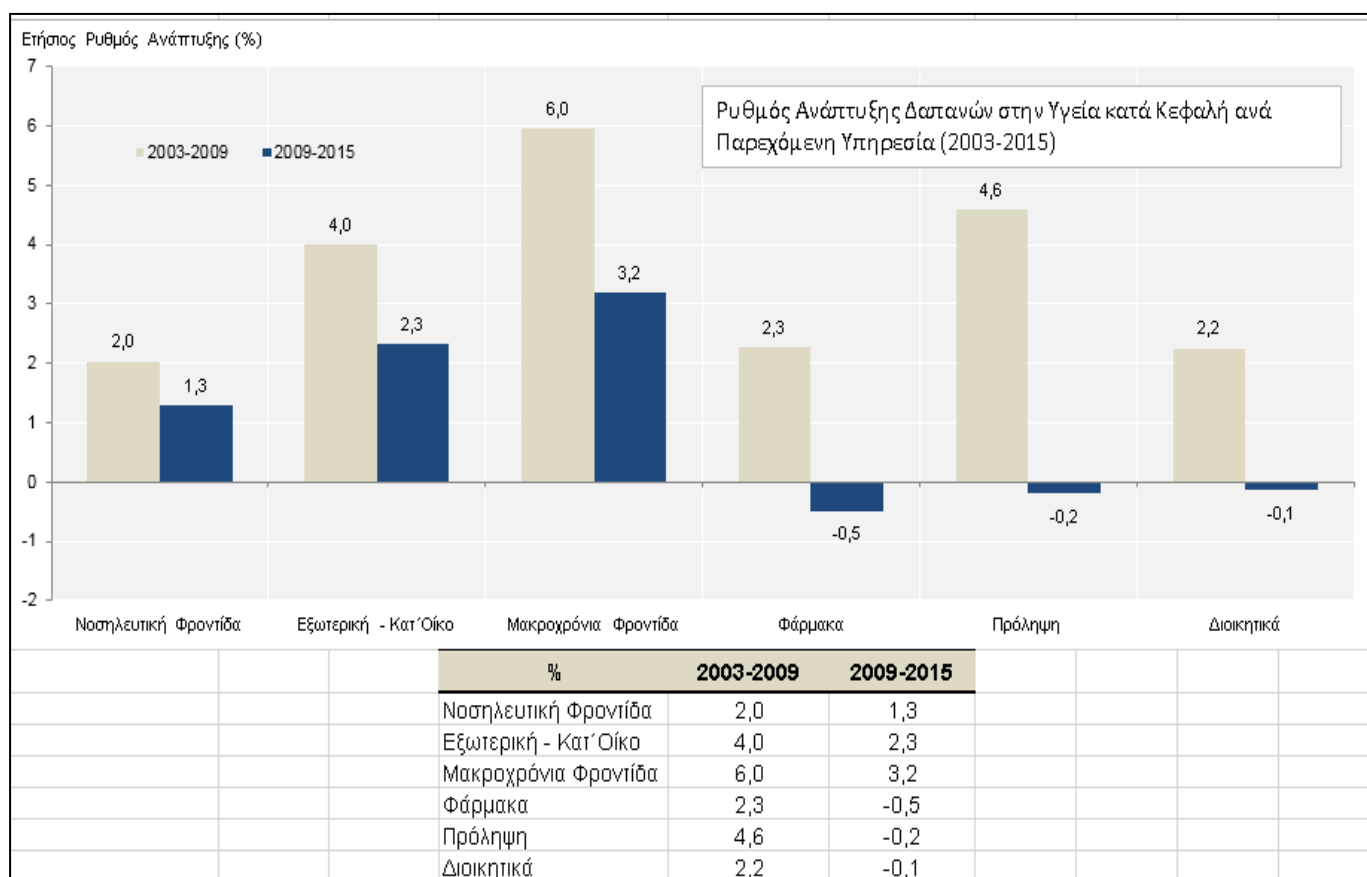
Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/annual-average-growth-rate-in-per-capita-health-expenditure-real-terms-2003-to-2016-or-nearest-year_health_glance-2017-graph111-en

Διάγραμμα 2.15

Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης σε κατά Κεφαλήν Δαπάνες σε Υγεία ανά Παρεχόμενη Υπηρεσία

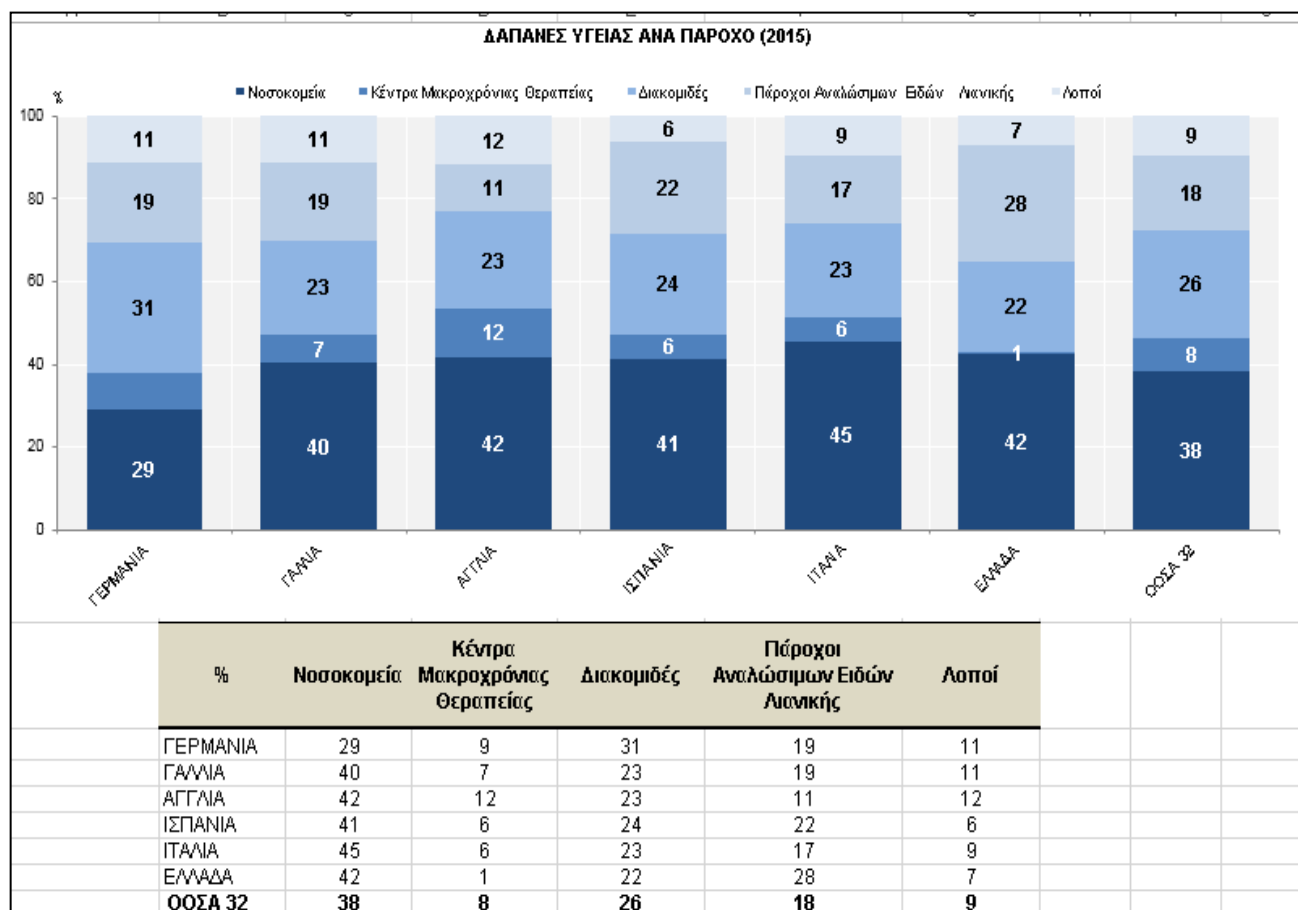
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 και έτος 2015)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/growth-rates-of-health-expenditure-per-capita-for-selected-services-oecd-average-2003-15_health_glance-2017-graph122-en

Διάγραμμα 2.16
Δαπάνες σε Υγεία ανά Φορέα / Πάροχο Υπηρεσίας
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)

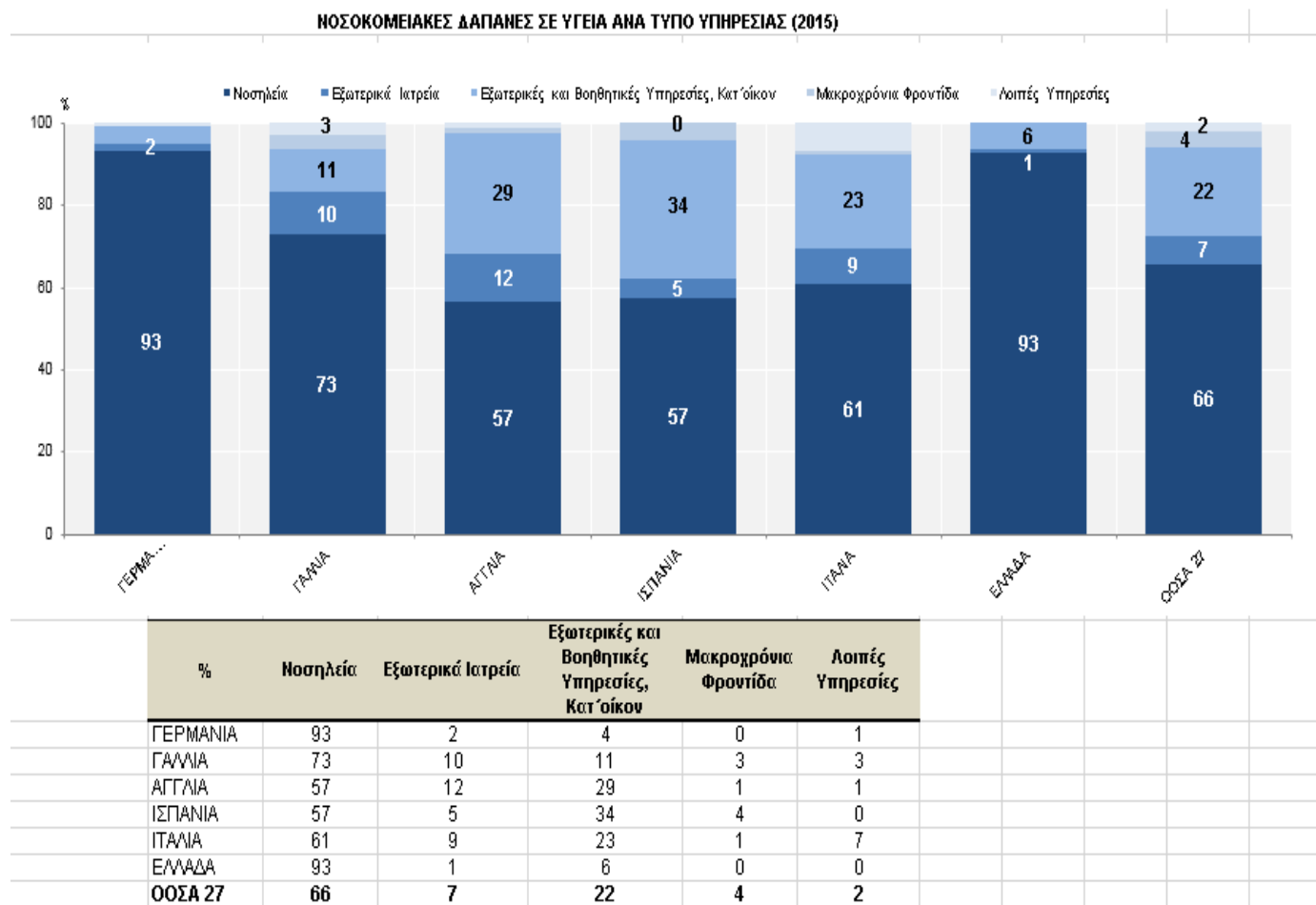


Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-by-provider-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph123-en

Διάγραμμα 2.17 Δαπάνες Χρηματοδότησης Νοσοκομειακής Περίθαλψης ανά τύπο Παρεχόμενης Υπηρεσίας

Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)

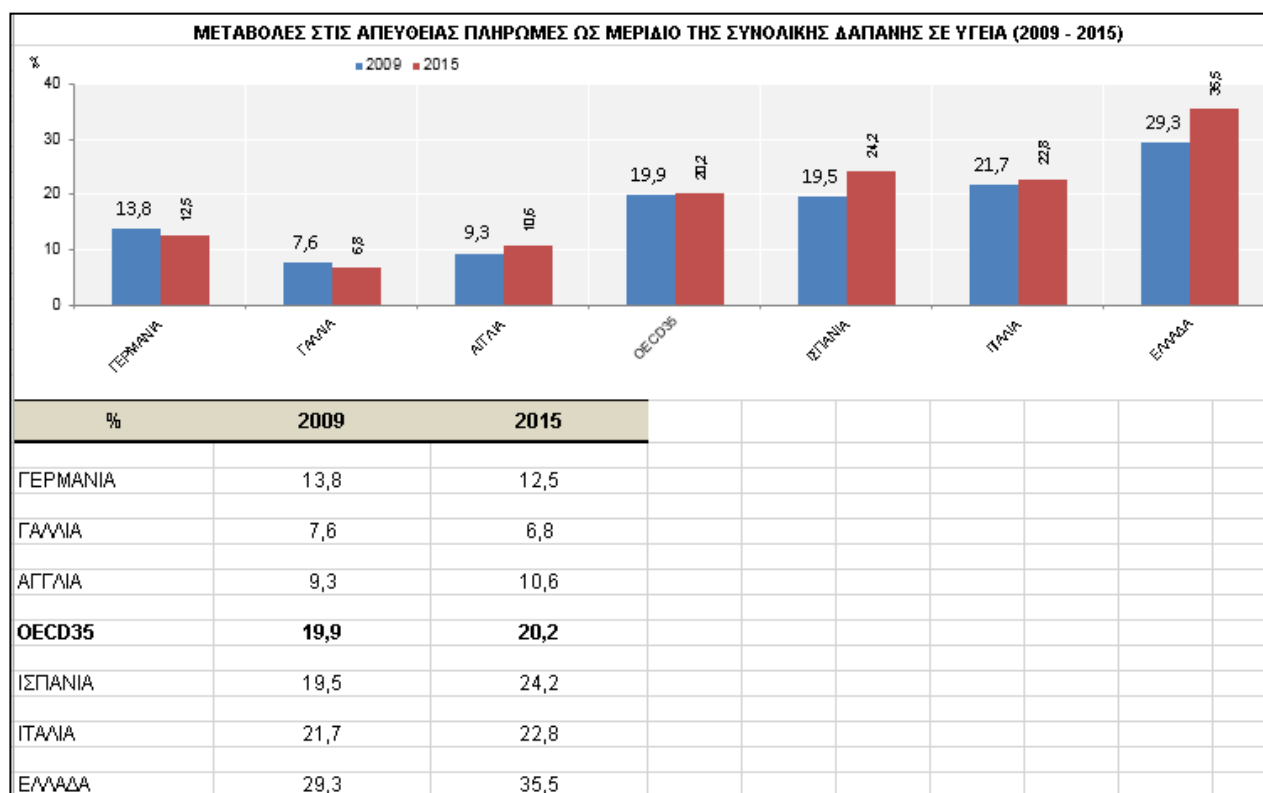


Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/hospital-expenditure-by-type-of-service-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph124-en

Διάγραμμα 2.18 Μεταβολές στις Απευθείας Πληρωμές Ποσοστό της Συνολικής Δαπάνης σε Υγεία

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2009 και έτος 2015)

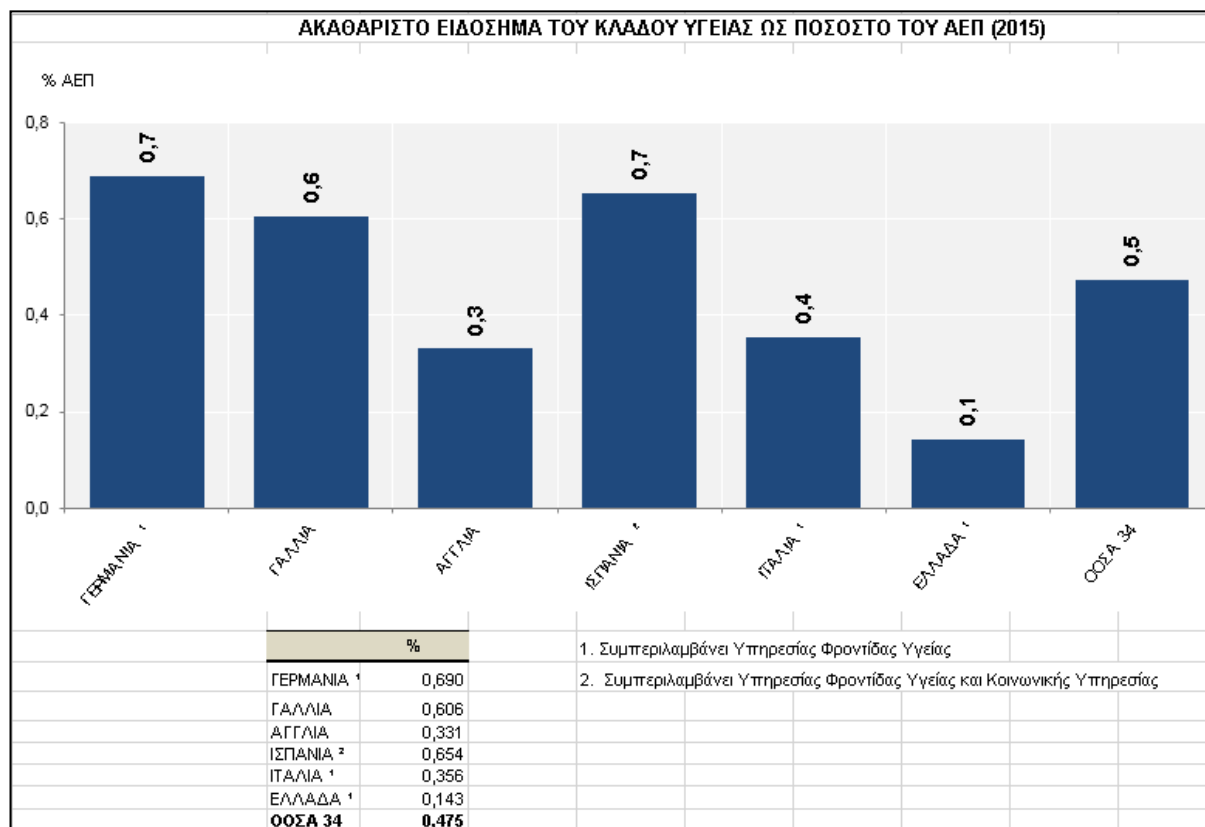


Πηγή: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database

Επισκεπτόμενη την 14 Νοε 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/change-in-out-of-pocket-expenditure-as-a-share-of-expenditure-on-health-2009-to-2015-or-nearest-years_health_glance-2017-graph117-en

Διάγραμμα 2.19
Ακαθάριστο Εισόδημα Κλάδου Υγείας
ως Ποσοστό του ΑΕΠ

(Περίοδος Μελέτης έτος: 2015)

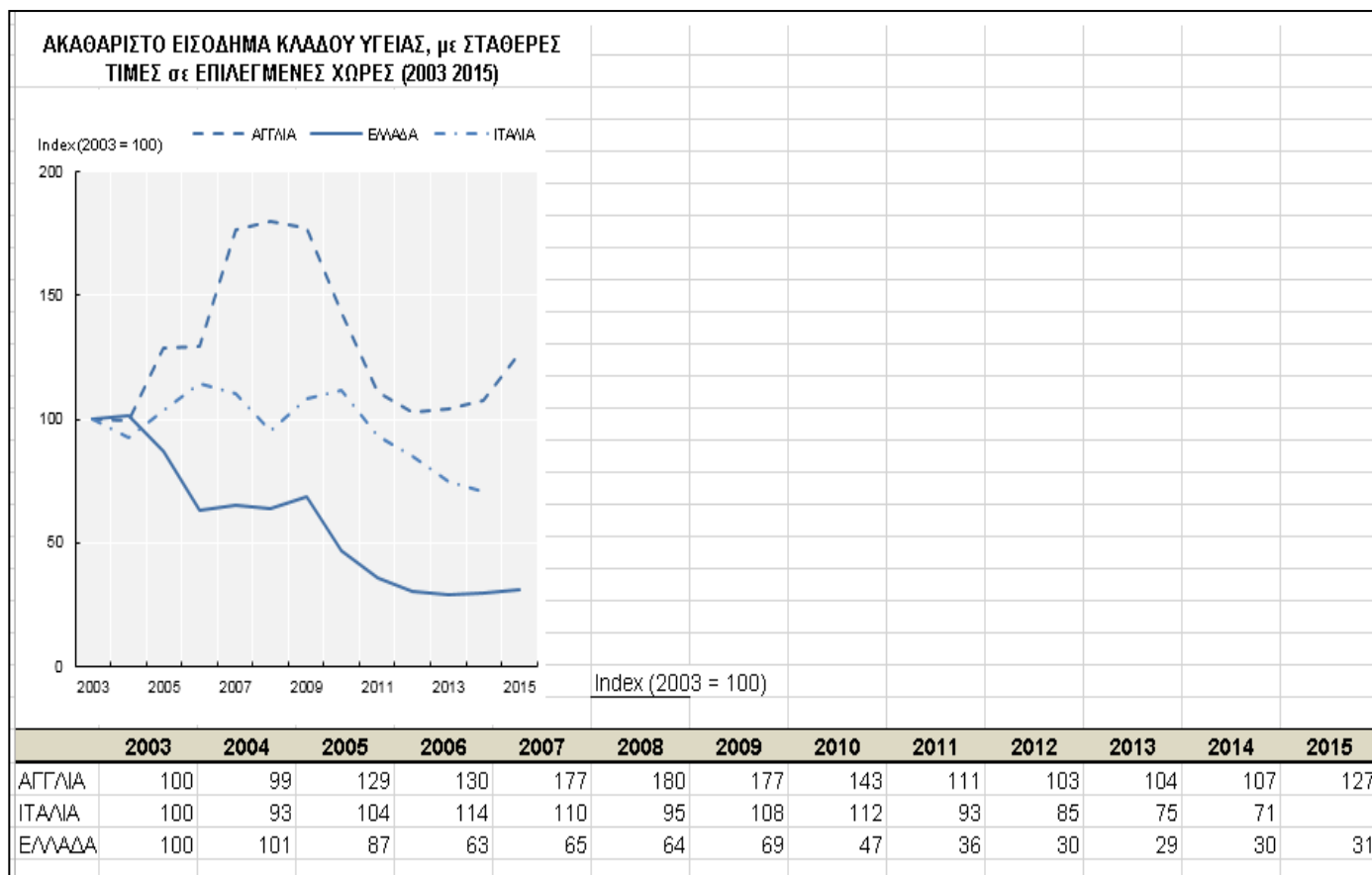


Πηγή: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/gross-fixed-capital-formation-in-the-health-care-sector-as-a-share-of-gdp-2015-or-nearest-year_health_glance-2017-graph125-en

Διάγραμμα 2.20 Ακαθάριστο Εισόδημα του Κλάδου Υγείας Επιλεγμένων Χωρών

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 έως έτος 2016)

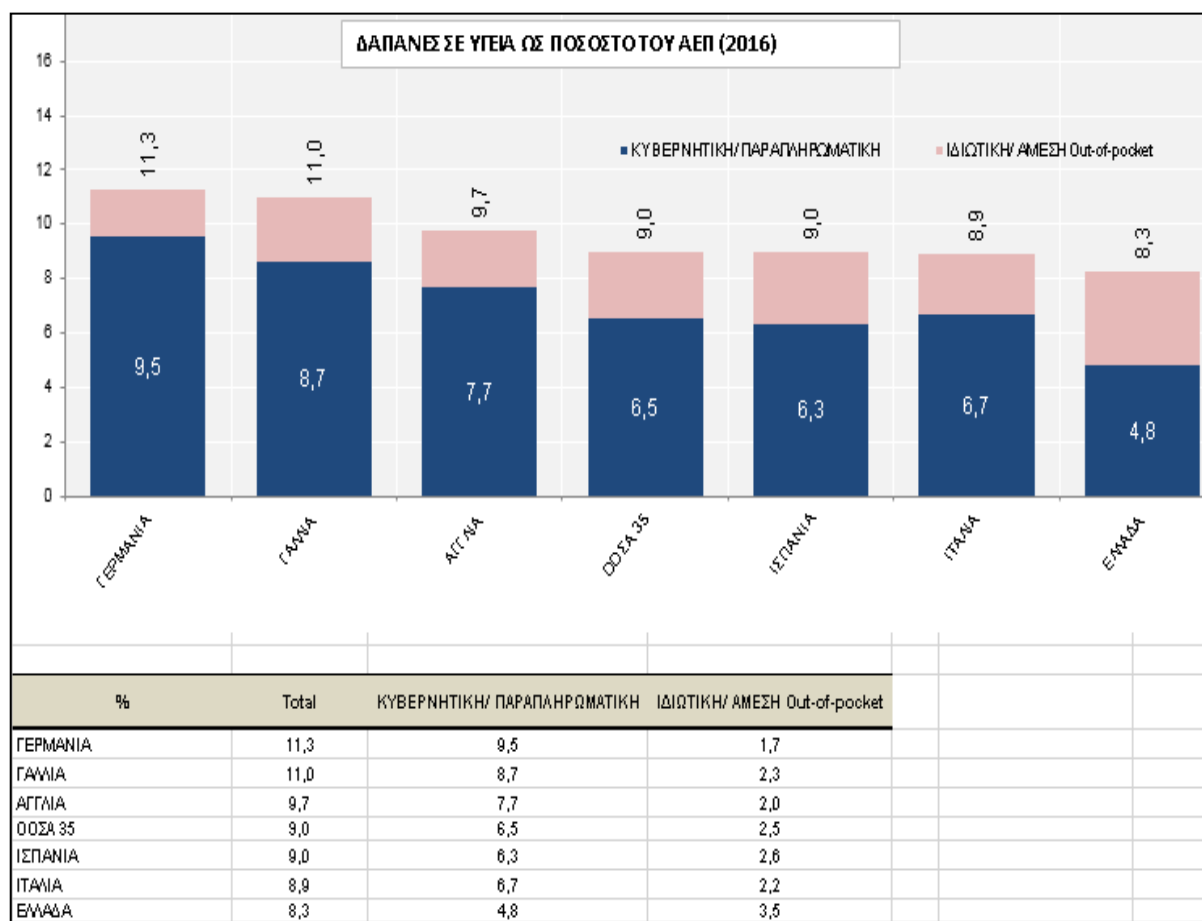


Πηγή: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/gross-fixed-capital-formation-constant-prices-selected-european-oecd-countries-2003-15_health_glance-2017-graph126-en

Διάγραμμα 2.21 Δαπάνες σε Υγεία ως Ποσοστό του ΑΕΠ

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2016)

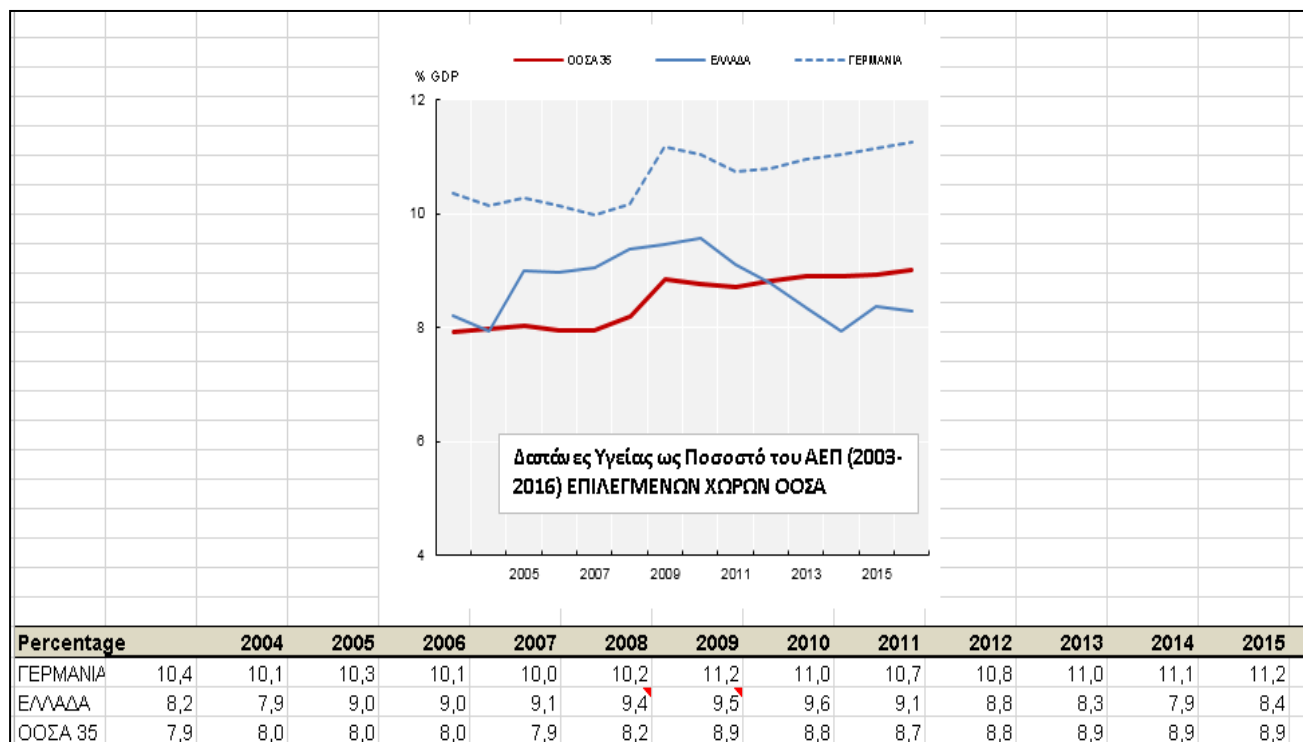


Πηγή: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-2016-or-nearest-year_health_glance-2017-graph112-en

Διάγραμμα 2.22 Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ Επιλεγμένων Χωρών

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2003 έως έτος 2016)

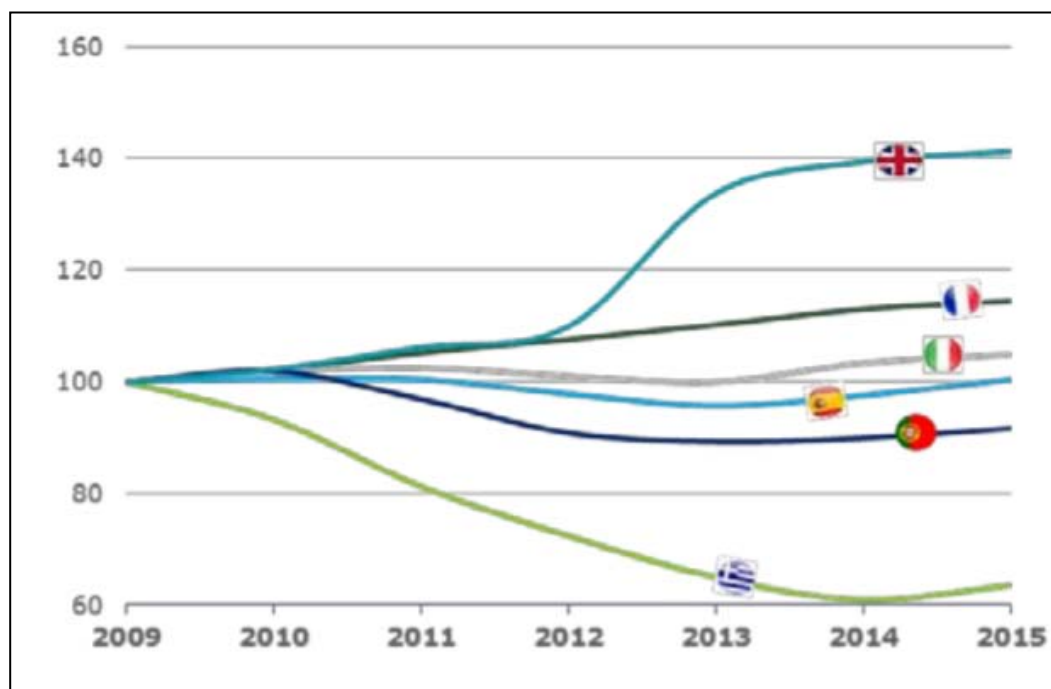


Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 24 Οκτ 2017 στο: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-selected-oecd-countries-2003-16_health_glance-2017-graph114-en

Διάγραμμα 2.23 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

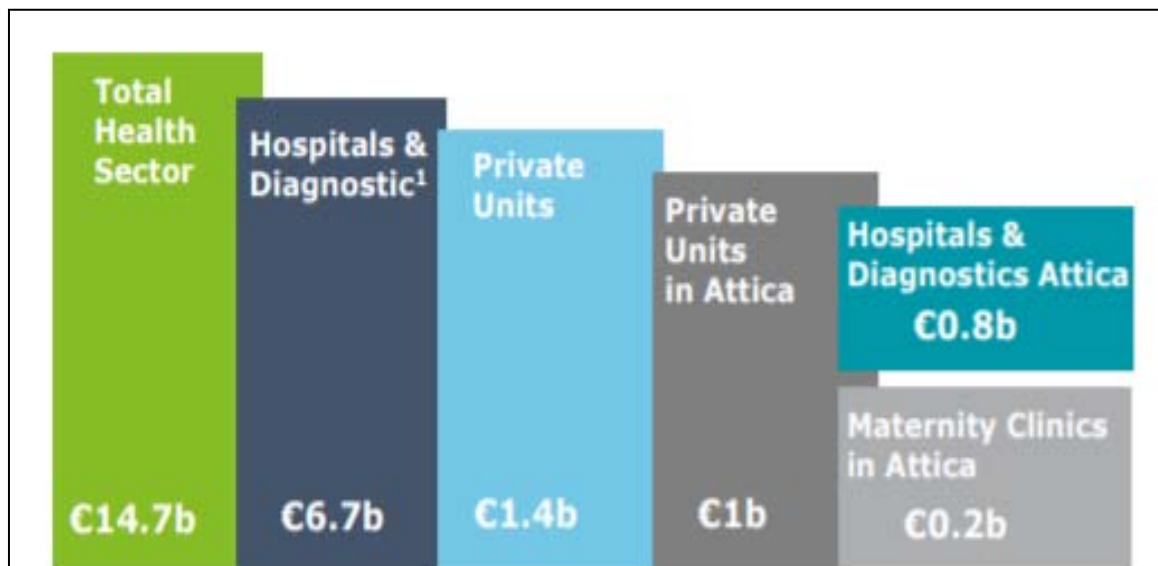
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2009 έως έτος 2015)



Πηγή: Deloitte. “Healthcare in Greece Overview and Trends June 2017”

Επισκεπτόμενη την 30 Οκτ 2017 στο: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-health-care/gr_healthcare_in_greece_noexp.pdf

Διάγραμμα 2.24
Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ανά Φορέα
(Περίοδος Μελέτης: έτος 2015)



¹ Balance refers to Retailers (e.g. pharmacies & medical device suppliers) and others (e.g. Private Practices & Ambulatory Services)

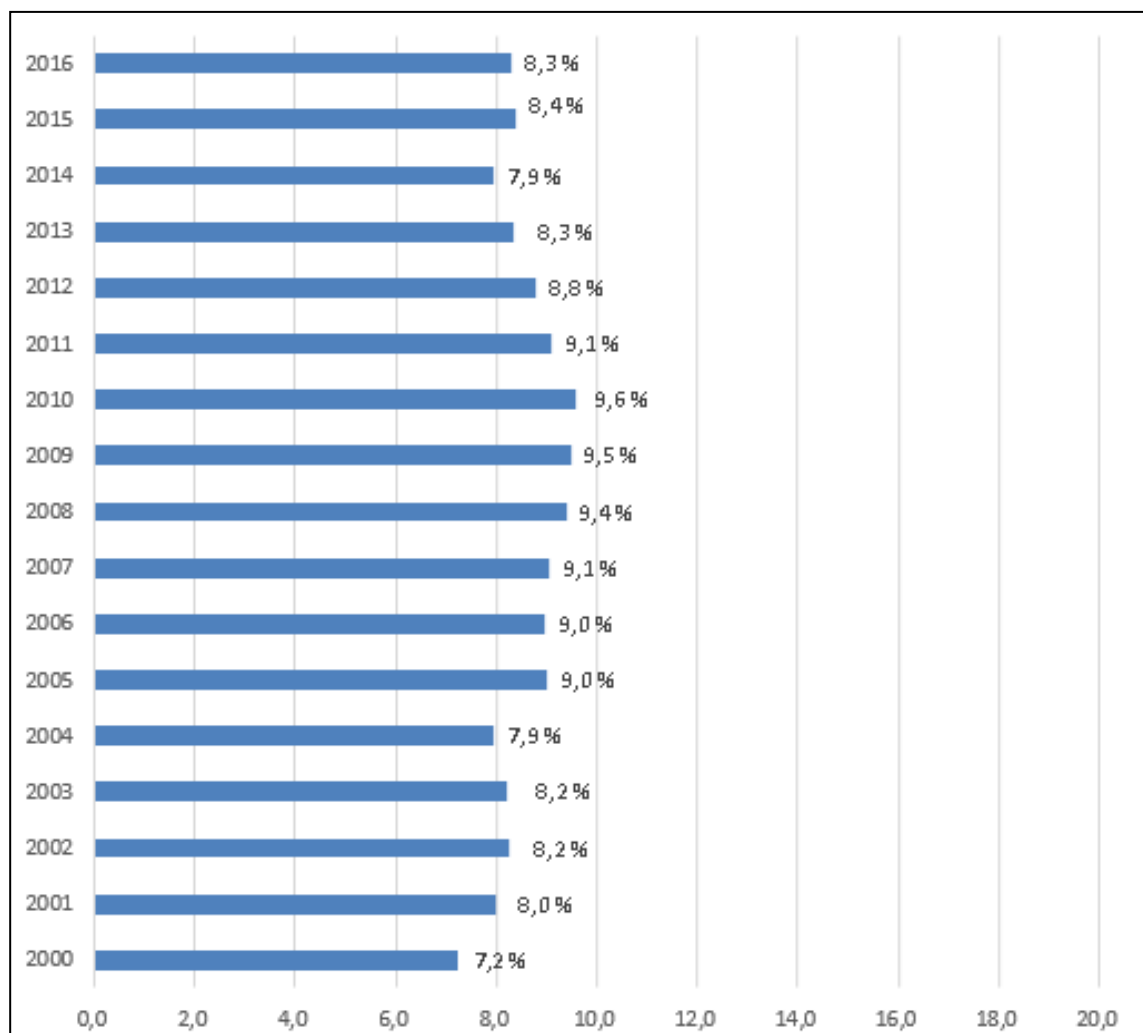
Source: National Statistical Authority, ICAP Group, Published Financial Statements, Deloitte Analysis

Πηγή: Deloitte. “Healthcare in Greece Overview and Trends June 2017”

Επισκεπτόμενη την 30 Οκτ 2017 στο: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/gr/Documents/life-sciences-health-care/gr_healthcare_in_greece_noexp.pdf

Διάγραμμα 2.25
Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ

(Περίοδος Μελέτης: έτος 2000- 2016)



Πηγή: OECD Health Statistics 2017

Επισκεπτόμενη την 2 Νοε 2017 στο: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Γ»

Έντυπο 3.1 Έντυπο Ερωτηματολογίου της Έρευνας

Αθήνα, 06/10/2017

Αξιότιμε/η κύριε/κυρία

Στο πλαίσιο της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο «Αξιολόγηση Νοσηλευτικών Δαπανών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε χώρες της Ε.Ε.» του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, διεξάγω μικρής έκτασης έρευνα μέσω του παρόντος ερωτηματολογίου 10 ερωτήσεων

Η αποτελεσματικότητα της έρευνας και η μελλοντική της χρήση ως αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ορθή επιλογή του δείγματος και για το λόγο αυτό απευθύνομαι σε άτομα του χώρου.

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι απαντήσεις εμπιστευτικές πλην της ειδίκευσης και της σχέσης σας με το χώρο. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε περίπου 5 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη για την ολοκλήρωση της μελέτης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, εφόσον σας ενδιαφέρουν, θα είναι στην διάθεση σας. Παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου (τηλ.) εφόσον το επιθυμείτε να σας αποστείλω τα αποτελέσματα ή και όλη την εργασία

Σας ευχαριστώ εκ των πρότερο.

Με εκτίμηση,

Ελένη Πίκη

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Δημογραφικά Στοιχεία:

α. Η ΜΕΘ που εργάζομαι περιθάλπει κυρίως

περιστατικά

β. Ο τομέας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) που ανήκω είναι:

Ιδιωτικός

Δημόσιος

γ. Το σύνολο των εργαζόμενων ανεξαρτήτου ειδικότητας στην ΜΕΘ που εργάζομαι είναι

περίπου:

10- 20, 20-30, 30- 40, > 50

ζ. Η προϋπηρεσία μου σε ΜΕΘ είναι περίπου: έτη

η. Είμαι : άντρας, γυναίκα

θ. Η ηλικία μου κυμαίνεται μεταξύ: (22 – 30), (31 – 40), (41 – 50), (> 50)

ι. Κατέχω εκπαίδευση: ΤΕΙ, ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Στη ΜΕΘ που εργάζομαι υπάρχει υπεύθυνος ελέγχου δαπανών: ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Τι επηρεάζει το ύψος πληρωμών και τα κόστη περίθαλψης σε ΜΕΘ:

(Απαντήστε κατ' εκτίμηση με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά σε όλη τη κλινική/ Νοσοκομείο και μπορεί να επηρεάζει τη ΜΕΘ	Ασήμαντο	Λίγο Σημαντικό	Αδιάφορο	Πολύ σημαντικό	Καθοριστικό
Η Φήμη του Νοσοκομείου					
Ο τομέας του Ιδρύματος (Κρατικό Νοσοκομείο, Ιδιωτικό, Ιατρικό Κέντρο κλπ)					
Η Φήμη κάποιου Ιατρού που εργάζεται στο Νοσοκομείο					
Η Φήμη / Οικονομική Κατάσταση του Ασθενούς					
Το Είδος της Ασθένειας (πχ Καρδιολογικό, Νευροχειρουργικό, κλπ)					
Η έκταση της θεραπείας/ Νοσηλείας					
Αν Φορέας κάλυψης των Εξόδων είναι το Δημόσιο					
Αν η κάλυψη των Εξόδων γίνεται Ιδιωτικά από Ασφαλιστική Εταιρεία					
Αν η κάλυψη των Εξόδων γίνεται Ατομικά από τον Ασθενή					
Άλλο (αναφέρατε.....)					

3. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι ακόλουθες Δαπάνες κατά βαθμό επιβάρυνσης είναι:

(Απαντήστε κατ' εκτίμηση με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ και ΟΧΙ σε όλη τη κλινική και στο κομμάτι της νοσηλείας στη ΜΕΘ ανεξάρτητα νοσηλείας πριν και μετά τη ΜΕΘ (Δεν συμπεριλαμβάνει επισκέπτες Ιατρούς εκτός ΜΕΘ ή Προσωπικό άλλων τμημάτων)	Καθόλου Κοστοβόρες	Λίγο Κοστοβόρες	Συνήθεις	Πολύ Κοστοβόρες	Οικονομικά Ασύμφορες
Μισθοί των Εργαζομένων στη ΜΕΘ					
Νοσηλευτικός Εξοπλισμός, έπιπλα της ΜΕΘ (Κρεβάτια, κλινοσκεπάσματα, κλπ)					
Κατοχή, Χρήση και Συντήρηση του Χώρου της Εγκατάστασης της ΜΕΘ					
Παροχές Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα, Νερό, Τηλ κλπ)					
Εργαστηριακές Εξετάσεις (Αίμα, Ακτίνες, κλπ)					
Φαρμακευτική Αγωγή (Φάρμακα, Σκευάσματα)					
Αναλώσιμα (Ορούς, Αίμα Σύριγγες, Γάντια, κλπ)					
Ιματισμός (Ενδυμασίες, Στολές, Πιζάμες, κλπ)					
Καθαριότητα (Αποστείρωση, Καθαρισμός, Πλυντήρια κλπ)					
Διατροφή ασθενών (Γενική διατροφή, Ειδικές Δίαιτες, κλπ)					
Διοικητικά (Διαχείριση Αρχείου, Προσωπικού, Ασθενών, Αλληλογραφία, κλπ)					
Άλλο (αναφέρατε.....)					

4. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι Δαπάνες για:

(Απαντήστε κατ' εκτίμηση με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ και ΟΧΙ σε όλη τη κλινική	Προσχεδιάζονται	Αναλύονται και Αιτιολογούνται	Προϋποθέτουν Έγκριση	Προγραμματίζονται για την εκτέλεση τους	Ελέγχονται κατά την εκτέλεση τους
Μισθοί Εργαζομένων					
Νοσηλευτικός Εξοπλισμός (Κρεβάτια, Κλινοσκεπάσματα, κλπ)					
Ιατρικός Εξοπλισμός (Ιατρικά Εργαλεία, Μηχανήματα κλπ)					
Κατοχή, Χρήση και Συντήρηση του Κτιριακού Χώρου της ΜΕΘ					
Ύψος των Παροχών Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα, Νερό Τηλ. κλπ)					
Εργαστηριακές Εξετάσεις					
Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα					
Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια, κλπ)					
Ιματισμός (Ενδυμασίες, Στολές, Πιζάμες, κλπ)					
Καθαριότητα (Αποστείρωση, Καθαρισμοί, Πλυντήρια)					
Διατροφή ασθενών (Ειδικές Δίαιτες, κλπ)					
Διοικητικά					
Άλλο (αναφέρατε.....)					

5. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας θα πρέπει να:
(Απαντήστε κατ' εκτίμηση με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ όχι σε όλη τη κλινική	Ασήμαντο	Αδιάφορο	Σημαντικό (Εκτιμείστε τη συχνότητα)
Ανανεώνουν το Προσωπικό τους			Κάθε Έτη περίπου
Αναβαθμίζουν τον Ιατρικό τους Εξοπλισμό			Κάθε Έτη περίπου
Ανακαινίζουν το Χώρο και τις Εγκαταστάσεις			Κάθε Έτη περίπου
Αναβαθμίζουν τον Νοσοκομειακό τους Εξοπλισμό, Έπιπλα			Κάθε Έτη περίπου
Εξελίσσουν τις Διαδικασίες Περιθαλψής			Κάθε Έτη περίπου
Εξελίσσουν τις φαρμακευτικές Αγωγές και τα Φάρμακα			Κάθε Έτη περίπου
Εξελίσσουν τις Εργαστηριακές Εξετάσεις			Κάθε Έτη περίπου
Αναβαθμίζουν τις Διοικητικές Διαδικασίες που αφορούν στις ΜΕΘ			Κάθε Έτη περίπου
Ανανεώνουν τον Ιματισμό και τις Ενδυμασίες			Κάθε Έτη περίπου
Ανανεώνουν τα Ειδικά Διατροφικά Μενού και τις Δίαιτες			Κάθε Έτη περίπου
Αναβαθμίζουν τις διαδικασίες Καθαριότητας και Αποστείρωσης			Κάθε Έτη περίπου
Άλλο (αναφέρατε.....)			Κάθε Έτη περίπου

6. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι μηνιαίες δαπάνες κομούνται περίπου μεταξύ:

(Απαντήστε κατ' εκτίμηση με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ και ΟΧΙ σε όλη τη κλινική	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ	< 1000 €	1001 €-3000 €	3001 €-5000 €	> 5000 €
Μισθοί	Μέσο μηνιαίο κόστος ενός εργαζόμενου ανεξαρτήτου ειδικότητας άνευ υπερωριών				
Νοσηλευτικός Εξοπλισμός, έπιπλα	Μέσο μηνιαίο κόστος για εξοπλισμό				
Κτιριακός Χώρος της ΜΕΘ, Εγκαταστάσεις	Μέσο μηνιαίο κόστος κατοχής και συντήρησης του χώρου της μονάδας				
Παροχές Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα Νερό Τηλ κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για ρεύμα, νερό, απόβλητα κλπ κατά μέσο όρο				
Εργαστηριακά (Εξετάσεις, Ακτίνες, κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις				
Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα	Μέσο μηνιαίο κόστος για συνήθη φάρμακα				
Αναλώσιμα (Οροί Αίμα Σύριγγες Γάντια, κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για αναλώσιμα				
Ιματισμός (Στολές, Ενδυμασίες, κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για ρουχισμό, στολές, γάντια κλπ				
Καθαριότητα (Αποστείρωση, Πλυντήρια κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για συνήθεις διαδικασίες απολύμανσης, καθαρισμού κλπ				
Διατροφή (Γενική, Ειδικές Δίαιτες, κλπ)	Μέσο μηνιαίο κόστος για διατροφή				
Διοικητικά (Αρχείο, Προσωπικό, Αλληλογραφία)	Μέσο μηνιαίο κόστος για διαχείριση βραδειών, προμηθειών, αρχείο, ενημερωτικά, αλληλογραφία κλπ				
Άλλο αναφέρατε.....)	Μέσο μηνιαίο κόστος για...				

7. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που γνωρίζω/ έχω απασχοληθεί γίνονται προσπάθειες για:
 (Απαντήστε με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ και ΟΧΙ όχι σε όλη τη κλινική	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Αποκλειστικά
Έγκαιρη Πρόβλεψη των Δαπανών					
Παρακολούθηση των Δαπανών					
Περικοπή των Δαπανών					
Εξοικονόμηση Πόρων					
Εύρεση Πόρων					
Εύρεση Εναλλακτικών Πόρων/ Λύσεων					
Εύρεση Κρυφών Κοστών					
Περιορισμό των Έκτακτων Δαπανών					
Άλλο (αναφέρατε.....)					

8. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που γνωρίζω/ έχω απασχοληθεί καθορίζονται στόχοι για την εξοικονόμηση πόρων και τη περικοπή δαπανών σε ότι αφορά κυρίως:

(Απαντήστε με X για ΚΑΘΕ περίπτωση)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ Και ΟΧΙ σε όλη τη κλινική	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν Ορίζονται Στόχοι	Συχνά	Πάντα
Υπερωρίες					
Εργαστηριακές Εξετάσεις					
Φάρμακα					
Αναλώσιμα					
Αντικατάσταση Ιατρικού Εξοπλισμού					
Αναβάθμιση Ιατρικού Εξοπλισμού					
Αντικατάσταση Επιπλικού Εξοπλισμού					
Συντήρηση του Χώρου του Κτιρίου					
Ανανέωση του Ιματισμού					
Αναβάθμιση Διατροφή					
Συντήρηση Κτιρίου					
Καθαριότητα και πλυντήρια					
Διοικητικά					
Άλλο (αναφέρατε.....)					

9. Ποιες δαπάνες μπορούν να περιοριστούν χωρίς να επηρεάζουν τα αποτελέσματα:

(Απαντήστε με X για ΚΑΘΕ περίπτωση και στο τέλος αναφέρατε την άποψη σας ΓΙΑΤΙ ή με ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ)

Αφορά ΜΟΝΟ στη ΜΕΘ και ΟΧΙ σε όλη τη κλινική	Αδύνατον να Μειωθούν	Μπορούν να Μειωθούν Λίγο	Ανώφελο	Μπορούν να Μειωθούν Πολύ	Μπορούν και να Καταργηθούν	ΓΙΑΤΙ (ΔΕΝ) ή ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ (ΜΠΟΡΟΥΝ)
Μισθοί						
Νοσηλευτικός Εξοπλισμός, (έπιπλα κλπ)						
Συντήρηση Κτιριακού Χώρου της ΜΕΘ						
Παροχών Κοινής Ωφέλειας (Ρεύμα Νερό Τηλ κλπ)						
Εργαστηριακές εξετάσεις, (Ακτίνες, κλπ)						
Φαρμακευτική Αγωγή, Φάρμακα						
Αναλώσιμα (Οροί, Αίμα, Σύριγγες, Γάντια, κλπ)						
Ιματισμός (Στολές, Πιζάμες, κλπ)						
Καθαριότητα (Αποστείρωση, Πλυντήρια κλπ)						
Διατροφή Ασθενών (Ποικιλία, Ειδικές Δίαιτες)						
Διοικητικά (Διαχείριση Αρχείου, Ασθενών κλπ)						
Άλλη δαπάνη (αναφέρατε.....)						

Ευχαριστώ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

α. Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

β. Ελληνική Δημοκρατία, ΦΕΚ 202. Α' (1881), «Τεχνικές Προδιαγραφές, Απαραίτητος Ιατρικός Εξοπλισμός, Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού και συμπύρωση του υπ' αριθμ. 247/91 ΠΔ», Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

γ. Ελληνική Δημοκρατία, ΦΕΚ 213. Β' / Κ.Υ.Α. 2/7029/0094/08-02-2005 (2005), «Νέος Κανονισμός Παροχών του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)», Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

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

ε. Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1994. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

στ. Κωσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Ν.Ιωνίας, (2010), «Εγχειρίδιο Διαχείρισης Ποιότητας κατά ISO 901:2008», Μονάδα Εντατική Θεραπεία

ζ. Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα

η. Πνευματικός Ιωάννης, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας ΔΠΘ: «Η Πιστοποίηση ISO 9001:2008 της ΜΕΘ ΠΓΝ

θ. Σπυρόπουλος Β. (2015), «Το Σύγχρονο Νοσοκομείο», Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, ΕΜΠ, Αθήνα

ι. Τούντα Ε. Μελέτη Γ., Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Ξενόγλωσση

α. Gyldmark M. 1995 A review of cost studies of intensive care units: problems with the cost concept, Crit Care Med vol. 23 (pg. 964-72)

β. Intensive Care Society, (1997), «Standards for Intensive Care Units» Department of Health, UK

γ. Jakubowski E. Reinhart B. (1998), «Health Care Systems in EU, A Comparative Study», Directorate General For Research, European Parliament, Brussels

δ. O'Brien Miles, 2012, «Dollars and Dentists», PBS News Hour (from the Frontline Segment, επισκεπτόμενο την 25 Νοε 2017, διαθέσιμο στο: <<http://www.pbs.org/wgbh/frontline/film/dollars-and-dentists/>>

ε. OECD (2004), Private health Insurance in OECD Countries, OECD Publishing, Paris

ζ. OECD (2010), “Health Care Systems: Getting More Value for Money”, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.

στ. OECD (2017), "Health and social care workforce", in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-51-en

η. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

θ. Mukesh Chawla, Ramesh Govindaraj, (1996), «Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines», Data for Decision Making Project, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health

ι. Ried, T R 2009 The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care The Penguin Press NY

ια. Seidel J., Whiting P.C., Edbrooke D.L., (2006), «The costs of intensive care», Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, Volume 6, Issue 4, 1 Pages 160–163, BJA Education Oxford Academic
in the European Union”, Euro Observer, volume 6 (1). pp. 1-4.

ιβ. Society of Critical Care Medicine, (1995). Guidelines for Intensive Care Unit Design

ιγ. The Intensive Care Society, (1997), UK Standards for Intensive Care Units (1997), Intensive Care Society

ιδ. Thomson, S. and E. Mossialos (2004), “Private health insurance and access to health care

ιε. Thompson D.R., (2012), Guidelines for Intensive Care Unit Design, CritCare Med 2012 Vol. 40

Διαδικτυακές Πηγές

α. <https://www.c-span.org/video/?288559-1/qa-tr-reid> , (2009) «The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care», C-SPAN, επισκεπτόμενο την 10 Νοε 2017

β. Dr. Tony Iton – The California Endowment Health Journalism Fellowships 2013
[as tweeted by @taralohan here at #cehjf13]

γ. Health View, (2009), Συστήματα Υγείας, επισκεπτόμενο την 12 Νοε 2017,
διαθέσιμο στο: <<http://www.healthview.gr/1260/συστήματα-υγείας/>>,

δ. <http://www.dimokratiki.gr/09-01-2016/igia-ekpempri-sos-chanonte-anthropines-zoes-exo-apo-tis-klistes-entatikes/>

ε. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

στ. <http://www.medvarsity.com/Articles/Dr.%20Sweena.html> Layout of an Intensive care unit.

ζ. <http://www.iatrikodiavalkaniko.gr/en/monades-entatikhs-diavalkanikou> Άποψη της ΜΕΘ του Διαβαλκανικού Ιατρικού κέντρου Θεσσαλονίκης