
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΤΡΑΠΕΛΙΔΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

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

Πειραιάς, 2019

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΤΡΑΠΕΛΙΔΗ ΚΥΡΙΑΚΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1647

Επιβλέπων:

Καρκαλάκος Σωτήριος / 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, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**HEALTH EXPENDITURE MANAGEMENT and DEVELOPMENT of
INTENSIVE CARE UNITS**

TRAPELIDI KYRIAKI

Supervisor:

Professor Sotirios Karkalakos

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, 2019.

Στην οικογένειά μου

Διαχείριση Δαπανών Υγείας και Ανάπτυξη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

Σημαντικοί Όροι: δαπάνες υγείας, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ), συστήματα υγείας, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα σπανίων πόρων, χρηματοδότηση της υγείας

Περίληψη

Εν καιρώ οικονομικής κρίσης σε πολλές χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης κυρίως των νοτιότερων περιοχών παρατηρείται μεγάλος βαθμός ανισότητας στην υγεία έναντι άλλων κρατών μελών. Παράγοντες που οφείλεται η ανισότητα αυτή είναι, ο διαφορετικός τρόπος ζωής, η οικονομική κατάσταση της χώρας, η γεωγραφική θέση, η δομή και το μέγεθος της κοινωνίας, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού καθώς και τα μέτρα δράσης του κράτους για σκοπούς προαγωγής της υγείας. Έτσι ενέργειες για διεθνείς συγκρίσεις δυσχεραίνουν την διαδικασία καθορισμού των βέλτιστων προοπτικών με στόχο την επικράτηση της υγείας σε όλο τον πληθυσμό ισότιμα, χωρίς κατανάλωση πρόσθετων πόρων και δαπανών. Ο συνδυασμός αυτός με την συγκράτηση του πληθυσμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα μείωνε αισθητά τα ποσοστά νοσηρότητας, που διαφορετικά θα κατέληγαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας με κόστος πολύ υψηλότερο λόγω της εξειδίκευσης που χρειάζεται ο χειρισμός των. Για το λόγο αυτό, η αποδοτικότερη διαχείριση των μονάδων εντατικής θεραπείας με σκοπό την μείωση των δαπανών, θα πρέπει να στηρίζεται στην εισαγωγή ασθενών που χρειάζονται την εξειδικευμένη μεταχείριση των μηχανημάτων και νοσηλευτών της μονάδας και την εξαγωγή αυτών όταν κριθεί απαραίτητο βάση καθορισμένων κριτηρίων. Τελικός στόχος είναι η αύξηση του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης του πληθυσμού το οποίο θα οδηγήσει σε αύξηση της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας εξελίσσοντας κατά αυτό τον τρόπο και άλλους τομείς της κοινωνίας σε ανάγκη.

HEALTH EXPENDITURE MANAGEMENT and DEVELOPMENT of INTENSIVE CARE UNITS

Keywords: health costs, Intensive Care Unit (ICU), health systems, efficiency and effectiveness of scarce resources, health funding

Abstract

In a period of economic crisis in many European Union countries, particularly in the southern regions, there is a high degree of health inequality in contrast of the other member states. Factors that lead to this situation are the different lifestyles, the economic status of the country, the geographical position, the structure and size of society, the state of population health, as well as the state's action measures of promoting health. Thus, actions for international comparisons make it difficult to determine the best prospects with the aim to prevalence health in the whole population equally, without consuming additional resources and expenses. This combination, together with population retention in primary health care would considerably reduce morbidity rates, which would otherwise result in intensive care units at a much higher cost due to the specialized use. For this reason, efficient management of intensive care units aiming to reduce costs should be based on the inputs and outputs of patients who they need this kind of treatment, on basis of defined criteria. The ultimate goal is to increase the population's healthy life expectancy, which will lead to increased productivity and competitiveness, evolving in this way other areas of society in need.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Συστήματα και Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Γενικά	3
1.2 Εννοιολογικοί όροι – Σύστημα Υγείας	3
1.3 Ανάλυση Συστημάτων Υγείας.....	3
1.3.1 Γαλλικό – Bismark.....	3
1.3.2 Γερμανικό – Bismark	4
1.3.3 Βρετανικό – UK – Beveridge.....	5
1.3.4 Ιταλικό – Beveridge	6
1.3.5 Ισπανικό – Beveridge	7
1.3.6 Δανίας	7
1.4 Μορφές Χρηματοδότησης Συστημάτων Υγείας	7
1.5 Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	8
1.5.1 Πρότυπα Υπηρεσιών Υγείας	10
1.6 Επίπεδα Φροντίδας Υπηρεσιών Υγείας	12
1.7 Ειδικές Υπηρεσίες Περίθαλψης	14
1.8 Αποδοτική Λειτουργία των Συστημάτων Υγείας	20
1.9 Ανακεφαλαίωση	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Δαπάνες Υγείας

2.1 Γενικά	25
2.2 Παράγοντες ζήτησης υγείας	25
2.3 Παράγοντες προσφοράς υγείας	26
2.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες	26
2.5 Κατηγορίες δαπανών υγείας	29
2.6 Υπολογισμός και χρηματοδότηση των δαπανών υγείας	30
2.7 Ανακεφαλαίωση	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Κόστη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

3.1 Γενικά	35
3.2 Δαπάνες παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΜΕΘ	35
3.2.1 Κόστος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων	35
3.2.2 Αναισθησιολογικός τομέας	36
3.2.3 Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	36
3.2.4 Διαθέσιμες κλίνες	37
3.3 Τρόποι περιορισμού δαπανών στις ΜΕΘ	37
3.3.1 Έλεγχος της ποιότητας στις ΜΕΘ	37
3.3.2 Στρατηγικές ελάττωσης των επανεισαγωγών	38
3.3.3 Εργαλεία αξιολόγησης της υγείας του ασθενούς	39
3.3.4 Εργαλεία αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας	40
3.3.5 Κριτήρια εισαγωγής στις ΜΕΘ	42
3.4 Ανακεφαλαίωση	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Χρηματοδότηση της Υγείας

4.1 Γενικά	45
4.2. Χρηματοδότηση της υγείας	45
4.3. Ευρωπαϊκή Χρηματοδότηση	46
4.3.1 Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (ΕΤΕπ)	46
4.3.2 Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (ΕΤΣΕ)	46
4.4 Χρηματοδοτήσεις στην πράξη	47
4.4.1 Ελλάδα	47
4.4.2 Ισπανία	47
4.4.3 Αγγλία	47
4.4.4 Ιρλανδία	47
4.5. Ανακεφαλαίωση	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συμπεράσματα και Προτάσεις	50
----------------------------------	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διασφάλιση και η διαφύλαξη της υγείας ως ύψιστο κοινωνικό αγαθό έχει απασχολήσει και κεντρίσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων υγείας και άλλων μελετητών. Η προσπάθεια τους στην αντιμετώπιση προβλημάτων που άπτονται στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας τους οδήγησε στην δημιουργία των συστημάτων υγείας. Κάθε χώρα έχει καθορίσει ένα δικό της τρόπο λειτουργίας αυτών των συστημάτων ανάλογα με τον πολιτισμό, την γεωγραφική περιοχή, την κουλτούρα, την φύση και γενικότερα τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού που τις αφορά.

Ωστόσο, επεξεργάζοντας εκτενέστερα την πορεία και την εξέλιξη του θέματος, γεννιούνται όλο και περισσότερα ερωτήματα και προβλήματα. Η επάρκεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ποιότητα και κυρίως η ισότητα στην πρόσβαση και παροχή πόρων και υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό μιας κοινωνίας ανεξαρτήτου γεωγραφικής θέσης, έχει διεθνώς φέρει σκέψεις ως προς την ορθότερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού. Δηλαδή, επίτευξη ισονομίας και δικαιοσύνης μεταξύ πλουσίων και φτωχών στρωμάτων και όχι μόνο καλύτερευση της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Επίσης, το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το που μένουν, οι καθημερινές συνήθειες ως προς τον τρόπο διατροφής και άσκησης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι χαρακτηριστικά τα οποία δυσχεραίνουν την πλήρη ανάρρωση ή ακόμα οδηγούν σε νοσηρότητα και θνησιμότητα.¹

Πολλές φορές υπαίτιος σε αρκετά από αυτά είναι το ίδιο το κράτος το οποίο δεν στηρίζει επαρκώς τον τομέα της υγείας μέσω χρηματοδοτήσεων, παρέχοντας προτεραιότητα σε άλλου είδους κοινωνικά θέματα. Σαφώς και δεν μπορεί να επιβάλλει στον καλύτερο τρόπο διατροφής μέσω της νομοθεσίας, ωστόσο η φτώχεια, είναι ο βασικότερος παράγοντας καταφυγής των υποδεέστερων στρωμάτων μιας κοινωνίας στρέφοντας των σε φτηνά προϊόντα κατανάλωσης επιβλαβή για τον οργανισμό. Εν ολίγοις, το κράτος θα πρέπει να καλυτερεύσει γενικά τον τρόπο διοίκησης μιας κοινωνίας αποτρέποντας καταστάσεις φτώχειας με επακόλουθο ένα ντόμινο θετικών επιδράσεων, όπου η κοινωνία θα μπορεί να είναι βιώσιμη, δηλαδή θα μπορεί να έχει την οικονομική δυνατότητα να μορφώνεται, να εργάζεται, να τρέφεται σωστά και εν τέλει να μπορεί να ανεξαρτητοποιηθεί χρηματοδοτώντας την δική του υγεία ατομικά μέσω του ιδιωτικού τομέα, καταλήγοντας σε μια κοινωνία ισχυρή και ανταγωνιστική. Όπως είπε και ο Assane Diop – Εκτελεστικός Διευθυντής της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ILO), “Social health protection is not only a key tool to make health care accessible to all and to free millions of people from poverty. It is also an investment in health, productivity

¹<https://www.bmz.de/en/issues/gesundheitsysteme/hintergrund/index.html>

and development – an investment that is a prerequisite for international competitiveness”.²

Προσπαθώντας να γίνουν στην πράξη οι συγκρίσεις του κόστους, της κατανομής των πόρων, του τρόπου χρηματοδότησης και άλλων θεμάτων που αναφέρονται στην διασφάλιση και προαγωγή της ισότιμης υγείας μεταξύ των πληθυσμών μιας κοινωνίας, το πρόβλημα δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο όταν οι συγκρίσεις εστιάζονται στις διαφορετικού είδους ασθένειες που χρήζουν την αποδοτικότερη αντιμετώπιση και ακόμα περισσότερο όταν αυτές οι συγκρίσεις γίνονται διεθνώς. Στην ουσία διαφορετικές ασθένειες παρουσιάζονται στις βορειότερες χώρες από ότι στις νοτιότερες με μεγαλύτερη ένταση στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εστίαση στις βαριά έντασης ασθένειες, οι οποίες διεξάγονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), στοχεύοντας στις αιτίες και κυρίως στα κόστη τα οποία δημιουργούν την αύξηση των δαπανών υγείας κάτι το οποίο είναι ιδιαίτερα εμφανές σε αυτού του είδους παροχής υπηρεσιών, με σκοπό την αποδοτικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή στην καλύτερη διαχείριση των πόρων υγείας. Η εργασία αυτή βασίζεται στην δευτερογενή έρευνα μέσω μελετών, έρευνας και βιβλιογραφικών πηγών.

²<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr65/en/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Συστήματα και Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Γενικά

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά σε θέματα που άπτονται για την υγεία και την προαγωγή της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Τι είναι τα συστήματα υγείας, τι συστήματα υγείας χρησιμοποιούνται σε διεθνές επίπεδο, ποιες είναι οι μορφές χρηματοδότησης τους καθώς και αναφέρεται η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τα επίπεδα φροντίδας των.

Σκοπός του κεφαλαίου είναι η εισαγωγή στην υγεία και στα εκάστοτε ζητήματα της έτσι ώστε να αναλυθούν περαιτέρω θέματα ειδικότερα με την καθημερινή λειτουργία των μονάδων εντατικής θεραπείας και του τρόπου χειρισμού του κόστους των.

1.2 Εννοιολογικοί όροι – Σύστημα Υγείας

Ως γενικός ορισμός του συστήματος υγείας, ορίζεται ως ο τρόπος και ο βαθμός συμμετοχής του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα στην παροχή και πληρωμή των υπηρεσιών υγείας.³

Ειδικότερα, έχει τονιστεί ότι, τα συστήματα υγείας δεν πρέπει να ενδιαφέρονται μόνο για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αλλά και για την προστασία των πολιτών από το οικονομικό κόστος των ασθενειών.⁴

Έτσι, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, με πρωταρχικό σκοπό τη προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας».

1.3 Ανάλυση Συστημάτων Υγείας

1.3.1 Γαλλικό – Bismark

Το σύστημα της Γαλλίας στηρίζεται στο μοντέλο Bismark. Στόχος είναι η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά με κρατικό έλεγχο. Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία καλύπτει το 40% έως 100% των υγειονομικών δαπανών γίνεται μέσω της μισθοδοσίας και ο τρόπος διοίκησης των ασφαλιστικών ταμείων γίνεται από αντιπροσώπους των εργαζομένων και εργοδοτών. Έτσι, οι δαπάνες υγείας, οι

³http://www.iatrikionline.gr/IB_107/POLITIKH%20YGEIASsympraxi.pdf

⁴http://www.iatrikionline.gr/IB_105/15%20EIDIKO%20AR8RO-TABLANTAS.pdf

οποίες προέρχονται από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ως ποσοστό καλύπτουν το 76% και το υπόλοιπο στηρίζεται στον ιδιωτικό τομέα.

Όσον αναφορά την ασφαλιστική κάλυψη όσον αδυνατούν να ασφαλιστούν λόγω εισοδηματικού περιορισμού (φτωχοί, νόμιμοι μετανάστες, άτομα χωρίς σταθερή απασχόληση), το 2000 δημιουργήθηκε το πρόγραμμα CMU (Couverture Medicale Universelle) για αυτό το σκοπό μια πλήρως καθολική κάλυψη.

Το 1996 δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένοι περιφερειακοί νοσοκομειακοί οργανισμοί λόγω της γραφειοκρατίας της εποχής. Το πλεονέκτημα αυτό της αυτονομίας των περιφερειών κινούσε τα θέματα κάθε περιφέρειας ξεχωριστά, καλύτερα λόγω της εντατικής διαχείρισης των τοπικών προβλημάτων και γρηγορότερα λόγω της συμμετοχής μικρότερου αριθμού ελεγκτικών ατόμων.

Το 65% περίπου των νοσοκομείων ανήκει στο δημόσιο και όσο αφορά τον τρόπο αμοιβής γίνεται με σφαιρικούς προϋπολογισμούς βάση της χρηματοδότησης από την κοινωνική ασφάλιση και υστέρη από διαπραγματεύσεις. Το υπόλοιπο 15% των νοσοκομείων ανήκει στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα και το άλλο 20% στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα.

Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνεται ως επί το πλείστον από ιδιώτες ιατρούς. Σε αυτή την περίπτωση όσοι είναι ασφαλισμένοι έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν ελεύθερα τον ιδιώτη γιατρό τους. Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί δευτερεύοντα φορέα πληρωμής και παρέχεται στον οποιονδήποτε αρκεί να συμμετέχει στο κόστος. Σύνηθες φαινόμενο είναι οι εργαζόμενοι να λαμβάνουν ή να αγοράζουν την ιδιωτική τους ασφαλιστική κάλυψη απευθείας από τους εργοδότες τους.

Να προσθέσουμε επίσης ότι το μεγαλύτερο μέρος (56%) του συνόλου των ιατρών εργάζεται σε ιδιωτικά ιατρεία και αμείβεται κατά πράξη. Το 25% είναι μισθωτοί υπάλληλοι σε δημόσια νοσοκομεία. Το 11% εργάζεται σε παρεμφερή δημόσια ιδρύματα και τέλος το 8% είτε δεν ανήκει σε μια συγκεκριμένη κατηγορία είτε δεν ασκεί το επάγγελμα.

1.3.2 Γερμανικό – Bismark

Το σύστημα της Γερμανίας στηρίζεται στο μοντέλο Bismark, το οποίο έκανε και την πρώτη του εμφάνιση σε αυτή την χώρα. Η ασφαλιστική κάλυψη των Γερμανών, παρέχεται είτε κρατικά είτε ιδιωτικά με την χρηματοδότηση να γίνεται μέσω των σφαιρικών προϋπολογισμών από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές.

Οι δαπάνες υγείας το 2000 καταβάλλονται από την κοινωνική ασφάλιση με τα 453 ταμεία υγείας τα οποία καλύπτουν το 56%, το άλλο 19% προέρχεται από την γενική

φορολογία και τέλος το 24,5% από ιδιωτικές δαπάνες. Αρκετοί από τους ασφαλισμένους σε αυτά τα ταμεία υγείας, έχουν ελευθερία επιλογής ταμείου, ενώ το 40% αυτών μπορούν να στραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση. Σημαντικό να αναφέρουμε είναι ότι, όσοι καταβάλλουν χρήματα στα ταμεία εξασφαλίζουν κάλυψη και για τα μέλη της οικογένειάς τους από τον οποίο εξαρτούνται με βάση πάντα συγκεκριμένα εισοδηματικά όρια.

Στην περίπτωση των συνταξιούχων και των ανέργων, οι οποίοι δεν εργάζονται η ασφάλιση τους γίνεται από το ταμείων σύνταξης ή ανεργίας αντίστοιχα. Γενικά όμως, ο οποιοσδήποτε μπορεί να αγοράσει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση, η οποία καλύπτει μικρό μέρος της συνολικής ασφάλισης.

Η παροχή της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) γίνεται ως επί το πλείστον από ιδιώτες γιατρούς με αμοιβές κατά πράξη, συγκεκριμένα το 75% να έχει δικό του ιατρείο και το άλλο 25% παρέχεται από άλλους ιατρούς.

Η εισαγωγή στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ωστόσο γίνεται έπειτα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού. Εδώ, ο καθορισμός των αμοιβών κατά πράξη γίνεται από τους ιατρικούς συλλόγους και των ταμείων υγείας ύστερα από διαπραγματεύσεις και όχι από το κράτος. Να τονίσουμε τέλος ότι, ο έλεγχος των αμοιβών αυτών γίνεται βάσει σφαιρικών προϋπολογισμών.

1.3.3 Βρετανικό – UK – Beveridge

Βασίζεται στο μοντέλο Beveridge. Το Ηνωμένο Βασίλειο αποτελείται από την Αγγλία, τη Σκωτία, τη Βόρεια Ιρλανδία και την Ουαλία, συγκεκριμένα η Αγγλία έχει την ευθύνη για το 80% των δαπανών της υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη χώρα της και έπειτα άλλα κράτη το ενστερνίστηκαν, δίνοντας έτσι μέσω του συστήματος αυτού την δυνατότητα όλος ο πληθυσμός να έχει πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα. Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού, ως ποσοστό, το 79%στηρίζεται στη γενική φορολογία, το 16% στη κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι ότι επιτυγχάνει μέσω του ελεγχόμενου ανταγωνισμού να συνδυάζει το χαμηλό κόστος με τη παροχή καλής ποιότητας φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, οι πόροι που μαζεύονται από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS, άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές και έμμεσα, μέσω αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές. Οι Τοπικές Υγειονομικές Αρχές και τα fundholders (αγοραστές) «αγοράζουν» υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο

πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες (προμηθευτές).

Η πληρωμή των νοσοκομείων στηρίζεται με αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα των διαγνωστικών κατηγοριών των νοσηλεύομενων ασθενών. Ειδικότερα, η όλη διαδικασία γίνεται με σύστημα συμβάσεων μεταξύ νοσοκομείων και Τοπικών Υγειονομικών Αρχών ή fundholders των γενικών γιατρών.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία τα οποία διακρίνονταν από διοικητική αυτονομία.

Όσον αναφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς, είτε ιδιώτες ανεξάρτητοι γιατροί, είτε ιδιώτες γιατροί σε συνεργασία με άλλους γιατρούς, καλύπτοντας έτσι το 97% του πληθυσμού. Επίσης, οι γενικοί ιατροί έχουν την δυνατότητα να ελέγχουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping) και ταυτόχρονα χειρίζονται τους πόρους για «αγορά» νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό στον οποίο ευθύνονται. Τέλος, η αμοιβή των γενικών γιατρών γίνεται κατά κεφαλήν και μερικώς κατά πράξη, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS αμείβονται με μισθό το 60% αυτού ή με συμβάσεις για εκπόνηση συγκεκριμένου έργου.

1.3.4 Ιταλικό – Beveridge

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας είναι αποκεντρωμένο και ανήκει στο μοντέλο Beveridge. Σκοπός του συστήματος αυτού είναι να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στον καθένα ο οποίος το δικαιούται. Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού, γίνεται από τις περιφέρειες μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών και η αμοιβή των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται κατά πράξη μέσω DRGs, δηλαδή της ομάδας των ασθενών που ανήκουν, ωστόσο οι αμοιβές διαφοροποιούνται ανά περιφέρεια.

Ύψιστης σημασίας είναι να αναφέρουμε ότι, υπάρχει ένα δίκτυο ερευνητικών νοσοκομείων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα το οποίο χρηματοδοτείται από το κράτος και το οποίο χρησιμοποιείται για την προώθηση της έρευνας και της κλινικής πρακτικής.

Όσον αναφορά τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται είτε ως επί το πλείστον από ιδιώτες γενικούς ιατρούς του ΕΣΥ, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να ασκούν έλεγχο στις υπηρεσίες υγείας και οι οποίοι πληρώνονται με μικτό σύστημα (κατά κεφαλήν ανάλογα με την λίστα και κατά πράξη), είτε στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η επιλογή γιατρού από τους πολίτες γίνεται ελεύθερα υπό την προϋπόθεση ότι η

λίστεα του γιατρού είναι κενή. Να τονίσουμε σε αυτή την περίπτωση ότι, η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο.

1.3.5 Ισπανικό – Beveridge

Βασίζεται στο μοντέλο Beveridge. Το βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος της Ισπανίας είναι ότι παρέχει δωρεάν σε όλους τους πολίτες της περίθαλψη με την χρηματοδότηση να γίνεται κυρίως από τη γενική φορολογία.

Για κάθε ημιαυτόνομη περιφέρεια από τις 17, τις οποίες αποτελείται η Ισπανία, το κράτος φτιάχνει προϋπολογισμούς υγείας στηριζόμενο πάντα στο πληθυσμό που έχει κάθε περιοχή, με την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας των περιφερειών αυτών γίνεται από τα αρμόδια όργανα προσαρμοζόμενη αναλόγως. Να τονίσουμε ότι, από αυτές τις περιφέρειες οι 10 ελέγχονται και από το κράτος αισθητά.

Όσον αναφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς του ΕΣΥ, των ιδιωτικών ιατρείων είτε ατομικά, είτε ομαδικά και από τα δημόσια κέντρα υγείας. Ο δημόσιος τομέας των νοσοκομείων, καλύπτει ως ποσοστό το 80% από ότι ο ιδιωτικός 20%, με κάθε νοσοκομείο να στηρίζεται στη δική του διοίκηση.

1.3.6 Δανίας

Στην Δανία η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς και τα νοσοκομεία διοικούνται και χρηματοδοτούνται από την κομητεία. Οι δημοτικές υπηρεσίες υγείας όπως νοσηλεία κατ' οίκον, οι επισκέπτες υγείας, διευθύνονται και χρηματοδοτούνται από τους 275 δήμους της χώρας. Από την πλευρά των ασθενών συμμετοχή στο κόστος γίνεται ανάλογα με το είδος της ασφάλισης αλλά και την υπηρεσία υγείας που λαμβάνουν.

Όσον αναφορά τους γενικούς γιατρούς, τους ειδικευμένους γιατρούς, φυσικοθεραπευτές, οδοντίατρους και φαρμακοποιούς, οι αμοιβές τους γίνονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας.

Τέλος, συμπεραίνουμε ότι, το σύστημα της Δανίας είναι κυρίως χρηματοδοτούμενο.

1.4 Μορφές χρηματοδότησης συστημάτων υγείας

Τρεις είναι οι βασικές μορφές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Το ιδιωτικό σύστημα χρηματοδότησης λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, προσφορά και

ζήτηση, χωρίς κρατική παρέμβαση, στην ουσία αποτελεί ένα φιλελεύθερο μοντέλο, όπου υπάρχει πλήρη ελευθερία επιλογής γιατρών, επιλογή του ύψους αμοιβής από την πλευρά των γιατρών καθώς και ελευθερία επιλογής των ασθενών για το αν θα πληρώσουν για ασφάλιση. Το σύστημα αυτό, κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση «ασφαλιστικές εταιρίες» ή από τις επιθυμίες πληρωμής των ασθενών.

Πλεονέκτημα του συστήματος αυτού είναι, η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, λόγω ανταγωνισμού. Μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι, ότι η υγειονομική κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα των ανθρώπων κάτι το οποίο δημιουργεί ανισότητες. Επίσης, λόγω ασυμμετρίας πληροφόρησης δημιουργείται η προκλητή ζήτηση από την πλευρά των γιατρών, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να αυξήσουν την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών όχι κατ' ανάγκη απαραίτητων για την εκάστοτε θεραπεία, έτσι η προσφορά και ζήτηση δεν θα φτάσουν με το αόρατο χέρι στο σωστό σημείο ισορροπίας στην αγορά.

Το δημόσιο σύστημα, βασίζεται στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών όλου του πληθυσμού της χώρας, ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας, επαγγέλματος, οικονομικής κατάστασης. Είναι εθνικό μοντέλο όπου, το κράτος καθορίζει ένα μίνιμουμ επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Υποδιαιρείται σε δυο υποσυστήματα, στο Bismark, όπου η χρηματοδότηση γίνεται από τη Κοινωνική Ασφάλιση μέσω των εισφορών από το επάγγελμα και στο Beveridge, όπου η χρηματοδότηση γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας. Το μοντέλο Bismark το συναντάμε στη Γαλλία και Γερμανία, ενώ το μοντέλο Beveridge το συναντάμε στην Μεγάλη Βρετανία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία. Πλεονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και ο έλεγχος και η συμμετοχή του κράτους. Μειονεκτήματα είναι η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας, η δημιουργία μεγάλης λίστα αναμονής για εισαγωγή σε χειρουργεία, μειωμένη ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, το μεικτό σύστημα είναι συνδυασμός του ιδιωτικού και δημόσιου μοντέλου. Χρηματοδοτείται από εισφορές με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός. Το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά για παροχή ενός μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας και καθορίζει την στρατηγική και το επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης.

1.5 Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

Οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας είναι ουκ ολίγες. Κάτι τέτοιο το συναντάμε, τόσο ιδιαίτερα στον συντονισμό των σπάνιων πόρων οι οποίοι θα πρέπει να κατανεμηθούν ορθά, όσο και στο εσωτερικό των τμημάτων των

νοσοκομείων για την βέλτιστη οργανωτική λειτουργία των μονάδων. Όπως είναι φανερό, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας θα πρέπει να ισχύσει η «συγκριτική δικαιοσύνη», όπου τα σπάνια μοσχεύματα θα πρέπει να αξιολογηθούν με βάση την ηλικία, την προοπτική επιτυχίας, την χρονική προτεραιότητα, το επείγον του χαρακτήρα κτλ. Όσο αναφορά την λειτουργία εντός των νοσοκομείων την πολυπλοκότητα την συναντάμε στον υψηλό βαθμό καταμερισμού της εργασίας και στην διαφορετικότητα ως προς τον τρόπο λειτουργίας των τμημάτων όπου πολλές φορές συγκρούσεις αναπτύσσονται μεταξύ τους. Η ύπαρξη αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας είναι το βασικότερο συστατικό μείωσης αυτών των συγκρούσεων.

Η αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη έτσι ώστε να μπορούμε να εντοπίζουμε τυχόν αποκλίσεις από τους αρχικούς στόχους επίτευξης. Βασίζεται στον προγραμματισμό. Μια σωστή αξιολόγηση θα μπορέσει να κατανείμει ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους και κυριότερων να βελτιώσει την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Η αξιολόγηση δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, δεν μπορεί να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού διεθνώς και αυτό διότι δεν έχει ανακαλυφθεί ένας παγκόσμιος δείκτης υγείας λόγω διαφορετικών κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών παραγόντων οι οποίοι δυσχεραίνουν την όλη διαδικασία. Ωστόσο, δείκτες υγείας όπως θνησιμότητα, νοσηρότητα και προσδόκιμο επιβίωσης θεωρούνται αρεστοί ως προς την μέτρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Παρόλα αυτά για διεθνής συγκρίσεις και λόγω του διαφορετικού τρόπου μέτρησης των άλλων χωρών δημιουργήθηκε η ανάγκη χρήσης νέων δεικτών συγκρίσιμων ποσοτικά και ποιοτικά με βάση την υπάρχουσα κατάσταση της κάθε χώρας, αλλά και μεταξύ των χωρών, ικανών για συλλογή, ανάλυση και ερμηνεία αρχικά συμβατών και συγκρίσιμων δεικτών, όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο υγείας, στη δημιουργία συστήματος πληροφόρησης ασθενειών με έμφαση τις μεταδοτικές και τις διασυννοριακές, για βελτίωση των φορέων που συλλέγουν δείκτες και πληροφόρηση υγείας, για την εφαρμογή μηχανισμών που να δίνουν δυνατότητες στους φορείς πολιτικής υγείας για έγκαιρες και έγκυρες αποφάσεις, για την ανάλυση και την υποστήριξη ανταλλαγής πληροφοριών και τεχνολογιών μεταξύ συνεργαζόμενων κρατών, επίσης για την ανάλυση και την υποστήριξη ανταλλαγής πληροφοριών για τις «καλές πρακτικές» και τέλος ικανών για τη δημιουργία και τη λειτουργία σχεδίων δράσης για το e-Europe στο Health.

Σημαντικό στοιχείο των δεικτών αυτών είναι ότι μπορούν να μετρήσουν την ικανοποίηση και την ευημερία των ασθενών. Παρόλα αυτά η αλληλεξάρτηση των δεικτών είναι επιτακτικής σημασίας για την καλύτερη αξιολόγηση των πράξεων και δράσεων των υπηρεσιών υγείας με τα πρότυπα που έχουν τεθεί.

1.5.1 Πρότυπα Υπηρεσιών Υγείας

Τα κύρια πρότυπα με τα οποία θα πρέπει να αξιολογούνται οι υπηρεσίες υγείας είναι τέσσερα, αρχικά αναφέρεται, η επάρκεια (adequacy), όπου απαρτίζεται από τις έννοιες της ισότητας, καταλληλότητας, προσπελασιμότητας, αποδοχής και δικαιοσύνης. Με βάση αυτό το πρότυπο αξιολογείται αν είναι δυνατόν να καλυφθούν οι ανάγκες ενός πληθυσμού αναλόγως την ζήτηση που υπάρχει στην εκάστοτε κοινωνία. Μετράται δηλαδή, εάν υπάρχει διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός, προσωπικό και οτιδήποτε άλλο είναι αναγκαίο για την κάλυψη της ζήτησης του πληθυσμού που βρίσκεται σε ανάγκη. Η έννοια της ισότητας αναφέρεται στην δυνατότητα για ίση πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας με την ίδια ποιότητα στην φροντίδα σε όλους, ανεξάρτητα την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του καθενός και άλλων διαφορετικών χαρακτηριστικών που υπάρχουν μεταξύ των λαών.

Η μέτρηση της μεταβλητής ισότητας γίνεται μέσω των δεικτών υγείας και στόχος της είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία συγκλίνοντας τους δείκτες αυτούς ώστε να μην υπάρχουν τεράστιες διαφορές. Γίνεται ολοφάνερο ότι, η ισότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποδοτικότητα που ορίζει την δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων και περιορισμένων πόρων. Ωστόσο, είναι δύσκολο να επιτευχθεί ισότητα στην υγεία, διότι υπάρχει δυσκολία αντιμετώπισης των ανισοτήτων όχι μόνο των διαφορετικών χαρακτηριστικών και αναγκών που παρουσιάζονται μεταξύ των λαών αλλά και του τρόπου λειτουργίας των συστημάτων υγείας όπου η δομή και η παρέμβαση του κράτους είναι αισθητή και διαφορετική μεταξύ των χωρών.

Έπειτα, αναφορά γίνεται στην αποτελεσματικότητα (effectiveness), όπου είναι ένα πολυσύνθετο πρότυπο το οποίο αναφέρεται φυσικά στις ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού αλλά λαμβάνει υπόψη και την συμπεριφορά η οποία θα πρέπει να κρατείται απέναντι στον ασθενή. Σκοπός αυτού του προτύπου είναι να βελτιστοποιήσει μια διαδικασία δεδομένου ενός προκαθορισμένου στόχου, όπως για παράδειγμα, να συγκριθεί, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η θεραπευτική αγωγή που χρησιμοποιήθηκε για ένα συγκεκριμένο είδος ασθένειας, η έρευνα ποιοτικού ελέγχου των ιατρικών δραστηριοτήτων η οποία γίνεται σε πολλές χώρες του κόσμου, με βάσει τους στόχους που έχουν υπολογιστεί.

Γενικά, αποτελεσματικότητα νοείται ο βαθμός επίτευξης των στόχων, των σχετικών με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού, που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους.⁵ Για την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας στο εάν είναι αποτελεσματική ή όχι γίνονται μετρήσεις στα τελικά αποτελέσματα της υγείας των ασθενών όπως είναι η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, η ποιότητα ζωής. Ωστόσο, η

⁵<http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/7.pdf>

μέθοδος αυτή δεν στηρίζεται σε βάσιμη εφαρμογή και έτσι η αποτίμηση γίνεται έμμεσα μετρώντας την αποτελεσματικότητα των ενδιάμεσων ιατρικών διαδικασιών και χειρουργικών πράξεων τα οποία άπτονται με την έκβαση της υγείας του ασθενούς.

Εν συνεχεία αναφέρεται, η αποδοτικότητα (efficiency), όπου είναι ένα σύστημα εισροών-εκροών, όπου αξιολογούνται οι ιατρικές πράξεις, τα προγράμματα και οι υπηρεσίες υγείας μέσω του ανθρώπινου δυναμικού, των κεφαλαίων, των υλικών, του εξοπλισμού που έλαβαν μέρος για την επίτευξη των ενδιάμεσων και τελικών εκροών όπως ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιηθήκαν και η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας αντίστοιχα. Ο συνδυασμός της επάρκειας των πόρων με την ποιότητα αυτών δεδομένου της επιλογής της καλύτερης εναλλακτικής οδηγεί στην βέλτιστη αποδοτικότητα των εισροών με αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση των εκροών.

Έτσι, επιλέγοντας μέσω επιστημονικών διεργασιών την καλύτερη κατανομή των δημόσιων πόρων θα έχουμε την μέγιστη απόδοση ωφέλειας για το κοινωνικό σύνολο. Σε μια εποχή οικονομικής ύφεσης κυρίως στις μεσογειακές χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) αλλά και άλλων κοινωνικών και τεχνολογικών παραγόντων, αυτό το πρότυπο θα πρέπει να ακολουθηθεί έτσι ώστε να επιτευχθεί η άριστη απόδοση, τοποθετώντας τους πόρους που έχουν στην διάθεσή τους αποδοτικά χωρίς αύξηση περεταίρω των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών για την υγεία. Η ύπαρξη αυτού του προτύπου στην ουσία αναφέρεται στην σωστή και όχι αλόγιστη χρήση των πόρων με όσο το δυνατόν επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος.

Για την εξακρίβωση εάν μια μονάδα είναι αποδοτική έχει καθοριστεί το σύνολο αποδοτικότητας ως στόχος επίτευξης του άριστου, κάτι το οποίο μπορεί να γίνει είτε μεταβάλλοντας ισόποσα τις εισροές (input oriented) για την παραγωγή της δεδομένης ποσότητας εκροής, είτε μεταβάλλοντας ισόποσα τις εκροές για την δεδομένη ποσότητα εισροής την οποία έχουμε στην διάθεσή μας.

Τέλος, η ποιότητα (quality), όπου το πρότυπο αυτό της ποιότητας διαφέρει ανάλογα με το υποκείμενο που το χρησιμοποιεί. Έτσι διαφορετικές εκτιμήσεις θα προκύψουν ανάλογα το μελετητή είτε είναι ο καταναλωτής, είτε νοσοκομειακό στέλεχος και διαφορετικά αποτελέσματα θα παρθούν με βάσει του στόχου προσέγγισης (φτωχή, πλούσια χώρα). Με άλλα λόγια, το στέλεχος ενός νοσοκομείου θα στοχεύσει στην παροχή αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνοντας υπόψη το οικονομικό στοιχείο και την βέλτιστη κατανομή των πόρων που έχει στην διάθεσή του. Όσον αναφορά τον ασθενή ποιότητα για εκείνον είναι η ικανότητα να επιλέγει και να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί ο ίδιος την στιγμή που έχει ανάγκη.

Γενικά, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα.⁶

Για την αξιολόγηση των αναγκών ή καλύτερα των προσδοκιών ως προς τον τρόπο εξυπηρέτησης τους σε μια νοσηλευτική μονάδα, δίνονται στους ασθενείς τα λεγόμενα «ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών» έτσι ώστε η μονάδα να τα λάβει υπόψη και να βελτιστοποιήσει την παροχή της περίθαλψης προς τους ασθενείς κατά την εισαγωγή, διάρκεια νοσηλείας και εξαγωγή τους από αυτή. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα θα πρέπει να ακολουθούνται συγκεκριμένες ενέργειες καθορισμένες με βάσει δεδομένα πρότυπα ISO τα οποία αναφέρονται στο σύνολο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται και λειτουργούν σε μια νοσηλευτική μονάδα. Με την σήμανση ISO πιστοποιείται, έπειτα από έλεγχο, ότι η συγκεκριμένη μονάδα υγείας λειτουργεί ποιοτικά με βάσει τους προκαθορισμένους στόχους που έχουν τεθεί.

Ένα βασικό στοιχείο της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών είναι η εξοικονόμηση των διαθέσιμων πόρων και την παροχή τους σε σημεία όπου υπάρχουν ανάγκες και απαιτήσεις που ολοένα αυξάνονται, ειδικά στον τομέα της υγείας όπου η τεχνολογία και η καινοτομία είναι ραγδαία και συνεχής, θα πρέπει να υπάρχει εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έτοιμο να χειριστεί τέτοιου είδους θέματα. Η διασφάλιση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωσή της θα πρέπει να είναι αρεστή από όλους μέσα στη μονάδα έχοντας κατά νου ότι μόνο πλεονεκτήματα έχει να προσφέρει η εφαρμογή της.

1.6 Επίπεδα Φροντίδας Υπηρεσιών Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)⁷ αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες μιας χώρας ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικών κριτηρίων, επαγγέλματος, ασφαλιστικής κάλυψης, τον τόπο κατοικίας τους. Στην ουσία, η υγεία εξασφαλίζεται ισότιμα σε όλους, χωρίς να χρειάζεται η εισαγωγή του σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Βασικά χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας υγείας είναι, καταρχάς ότι αποτελεί το πρώτο στάδιο εισόδου των πολιτών στο σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας υγείας, δίνει έμφαση στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και προαγωγή της υγείας των πολιτών, επίσης, εάν καταστεί απαραίτητο κατευθύνει τους πολίτες στην

⁶<http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf>

⁷ΦΕΚ 4238

δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και τελευταίο και κυριότερο σέβεται την αξιοπρέπεια και αυτονομία του ασθενούς.

Μερικοί από τους κυριότερους σκοπούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να εκτιμήσει τις ανάγκες της υγείας των πολιτών, να σχεδιάσει και να υλοποιήσει προγράμματα εμβολιασμού και μέτρα για την πρόληψη νοσημάτων, να παράσχει πρώτες βοήθειες, πρωτοβάθμια ψυχική υγεία, ανακουφιστική και συνάμα παρηγορητική φροντίδα και επίσης να ασκεί τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα. Αρκετοί από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες και προάγουν τους σκοπούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι, ο οικογενειακός ιατρός, οι οδοντίατροι, οι επισκέπτες υγείας, οι φυσικοθεραπευτές σε περιπτώσεις αποκατάστασης και ένταξης του ασθενούς στην κοινωνία και οι ψυχολόγοι. Οι υπηρεσιακές πράξεις των επαγγελματιών υγείας διενεργούνται σε κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία, σε αγροτικά ιατρεία, σε πολυιατρεία και ιατρεία του ΕΟΠΠΥ, σε κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, σε μονάδες ψυχικής υγείας, σε διαγνωστικά εργαστήρια και κέντρα, ακόμα και σε υπηρεσίες του ΕΚΑΒ.

Γενικά, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λειτουργεί ως «φίλτρο» συγκράτησης ασθενών οι οποίοι δεν είναι απαραίτητο να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο και χρειάζονται ελαφριά παροχή φροντίδας.

Σύμφωνα με το *ΦΕΚ 3054*, ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ) νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων Νοσοκομείων. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ύπαρξη και λειτουργία ενός τουλάχιστον δευτεροβάθμιου νοσοκομείου στην πρωτεύουσα, κάθε περιφερειακής ενότητας ή νομού. Δυο είναι οι κυριότεροι σκοποί που διακρίνουν την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας πρώτον, η παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας και δεύτερον η ικανότητα κάλυψης όλων των βασικών ιατρικών ειδικοτήτων.

Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας είναι, γιατροί όλων των ειδικοτήτων, ιδιωτικού ή δημόσιου τομέα, οι οποίοι εκτελούν τις υπηρεσίες τους μέσα στο νοσοκομείο. Οι υπηρεσιακές πράξεις παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας διενεργούνται σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, σε μονάδες ψυχικής υγείας, σε κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και τέλος σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας⁸, αναφέρεται σε Πανεπιστημιακά, ειδικά, εξειδικευμένα Νοσοκομεία, με εξειδικευμένο εξοπλισμό και προσωπικό. Βασικότερο όλων των χαρακτηριστικών της είναι η εξασφάλιση της πιο σύγχρονης ιατρικής γνώσης ώστε να αντιμετωπιστούν σοβαρού είδους ασθένειες, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό επιβίωσης.

Σκοπός της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η θεραπεία, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας βαρέων περιστατικών που χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης, γι' αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες υγείας σε αυτό το επίπεδο υγείας πρέπει και είναι εξειδικευμένοι ιατροί όλων των ειδικοτήτων, οι οποίοι εκτελούν τις υπηρεσίες τους κυρίως σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και σε περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία.

1.7 Ειδικές Υπηρεσίες Περίθαλψης

Η παραπάνω ανάλυση στόχευσε στην ερμηνεία του τρόπου λειτουργίας των συστημάτων υγείας ειδικότερα στην χρηματοδότηση και τις δαπάνες αυτών. Επίσης, έγινε αναφορά στις υπηρεσίες υγείας και στον επιτακτικό σκοπό της αξιολόγησης τους. Στην συνέχεια αυτού του κεφαλαίου, γίνεται στοχευόμενη ανάλυση της παροχής υπηρεσιών υγείας στο εξειδικευμένο τμήμα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ο οποίος είναι και ο λόγος γραφής της παρούσας διατριβής με σκοπό την ερμηνεία των.

Η εντατική θεραπεία αναφέρεται στην εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα από την πλευρά του προσωπικού προς ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και οι οποίοι χρειάζονται συνεχή θεραπεία. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ότι αποτελεί διακριτό χώρο ιατρικής δραστηριότητας και νοσηλείας, η οποία λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Έχει καθορισμένη θέση στο χώρο του Νοσοκομείου και συγκεντρώνει ανθρώπινο δυναμικό με επαγγελματικές δεξιότητες και τον ανάλογο τεχνικό εξοπλισμό.

Στόχος της ΜΕΘ είναι η παρακολούθηση και φροντίδα των ζωτικών οργάνων των ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Λόγω των οξέων περιστατικών που εισέρχονται στις ΜΕΘ, η 24ωρη παρακολούθηση και λειτουργία της μονάδας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση παν ενδεχομένου και επιπλοκών.

⁸<http://mve.gr/documents/bills2016/health-bill-2016.pdf>
&https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/17242/mod_resource/content/1/05.%20Tritobathmia%20Frontida%20Ygeias_PAGNH_2015-16.pdf

Κατά τον σχεδιασμό, η δομή της ΜΕΘ αποτελείται καταρχάς, από την χωροθέτηση, όπου ο χώρος τον οποίο θα πρέπει να καλύπτει το τμήμα της βάση ειδικών κανόνων, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερος κατά 2,5 ή 3 φορές από την έκταση του χώρου, για την νοσηλεία των ασθενών. Ο προθάλαμος για την είσοδο στο χώρο νοσηλείας, θα πρέπει να είναι γύρω στα 25m² για την διευκόλυνση μεταφοράς και προετοιμασίας των ασθενών και έλεγχο των επισκεπτών. Οι πόρτες εισόδου και εξόδου, θα πρέπει να είναι αρκετά φαρδιές έτσι ώστε να μην εμποδίζεται η διέλευση των φορείων και των εξαρτημάτων το οποίο το αποτελούν.

Ο χώρος νοσηλείας τώρα, θα πρέπει να καλύπτει το λιγότερο 25 m² ανά κρεβάτι και να έχει διάδρομο 2,5 m² για την μετακίνηση πίσω από την περιοχή εργασίας. Στη περίπτωση χώρου με κοινά κρεβάτια η ύπαρξη μονώσεων είναι επιτακτικού χαρακτήρα για να μην ενοχλούνται οι ασθενείς λόγω άλλων οξέων περιστατικών. Οι μονώσεις πρέπει να έχουν προθάλαμο 3 m² με νιπτήρα, ντύσιμο και αποθήκευση. Σπουδαιότερο όλων είναι η αμεσότητα σε ανελκυστήρα, στον αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο, στο ΤΕΠ και στο χειρουργείο.

Επιπλέον, το μέγεθος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας το οποίο εξετάζεται βάση τον αριθμό των κλινών, από παγκόσμιας οπτικής κυμαίνεται ανάμεσα σε 6-8. Σε περιπτώσεις όπου τα νοσοκομεία είναι μεγάλα ο αριθμός αυτός μπορεί να φτάσει τα 10, ενώ για νοσοκομεία μικρής έκτασης ο αριθμός μπορεί να φτάσει τις 4 κλίνες. Παρόλα αυτά για την σωστότερη λειτουργία ο βέλτιστος αριθμός που έχει καταγραφεί είναι 8 κρεβάτια. Άρα νοσοκομεία με μικρό αριθμό κλινών θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν για καλύτερη απόδοση κοντά στα 6 ο οποίος είναι ο ελάχιστος δυνατός αριθμός κρεβατιών.⁹ Τέλος, καταλήγουμε στο ότι, ο αριθμός των κλινών υπολογίζεται ως συνάρτηση του τύπου του νοσοκομείου, του είδους της νοσηλείας συγκεκριμένων κατηγοριών ασθενών και της γεωγραφικής τοποθεσίας στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο.

Επιπροσθέτως, κατά τη διαμονή τις ΜΕΘ θα πρέπει να ελέγχεται πρώτον, ο αερισμός και κλιματισμός¹⁰, όπου η τακτικότητα αερισμού της αίθουσας βασίζεται στο πλήθος των ασθενών, εργαζομένων και επισκεπτών που βρίσκονται στο χώρο. Όσον αναφορά τους εργαζομένους, ανάλογα το είδος της εργασίας τους, στη περίπτωση της ΜΕΘ εντάσσονται στην επί το πλείστον ελαφριά σωματική δραστηριότητα ο αέρας σε m³/h και εργαζόμενο θα πρέπει να κυμαίνεται στους 40-60. Επίσης, λόγω ότι στις ΜΕΘ οι χώροι είναι κλειστοί χωρίς δυνατότητα παροχής εξωτερικού αέρα, η παροχή γίνεται μέσω του κλιματισμού και εξαερισμού. Τα

⁹http://www.md.ucl.ac.be/didac/hosp/architec/UK_Intensive_care.pdf

¹⁰Φ.Ε.Κ. 10/Α/18-1-1996

πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ο καθορισμός της βέλτιστης δυνατής παροχής αέρα και ταυτόχρονα πιο καθαρός αέρας χωρίς καυσαέρια και ρύπους.

Ωστόσο, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε περιπτώσεις βλάβης, όπου η αντικατάσταση ή η διόρθωση θα πρέπει να γίνει αντιληπτή και άμεσα. Δεύτερον, η θερμοκρασία και υγρασία, όπου για τον καθορισμό της βέλτιστης δυνατής θερμοκρασίας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη εκτός των άλλων και η εποχή, δηλαδή η θερμοκρασία που κάνει στο εξωτερικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, την εαρινή περίοδο, οι ακτίνες του ήλιου φτάνουν στο χώρο αλλάζοντας αισθητά την εσωτερική θερμοκρασία και ιδιαίτερα εάν το κτίριο αποτελείται από αρκετά τζάμια και δεν έχει τις κατάλληλες μονώσεις. Εδώ, ο τεχνικός ασφαλείας είναι αρμόδιος.

Έτσι, αρμοδιότητα του είναι να κάνει τους σχετικούς ελέγχους σε τακτά χρονικά διαστήματα για τυχόν ανάγκη συντήρησης ή αποκατάστασης βλάβης και να ενημερώνεται πάραυτα επί θεμάτων που δεν έχουν υποπέσει στην αντίληψη του. Η θερμοκρασία σχετίζεται επίσης και με την σωματική δραστηριότητα των εργαζομένων αλλά και των ασθενών. Έτσι, μια μέση θερμοκρασία είναι οι 22°C βάσει μελετών.

Πιο συγκεκριμένα, στους χώρους όπου διαμένουν οι ασθενείς η θερμοκρασία θα πρέπει να είναι 24°C – 26°C, όσον αναφορά τους υπόλοιπους χώρους η θερμοκρασία αυτή κυμαίνεται στους 22°C – 24°C. Η υγρασία σε αυτούς τους χώρους είναι για τις κλίνες 50% – 55% και για τους λοιπούς 50% – 60%. Επίσης, πολύ σημαντικό για την διαμονή είναι ο θόρυβος. Έτσι, για την καλύτερη ανάρρωση των ασθενών η ησυχία είναι ύψιστης σημασίας στο να ληφθεί υπόψη. Δείχνει ακόμη τον σεβασμό και αξιοπρέπεια της κατάστασής τους. Ο θόρυβος δεν θα πρέπει να είναι μεγαλύτερος των 40 db στους χώρους εργασίας και στο χώρο των κλινών το ποσό αυτό μειώνεται στα 35 db. Ωστόσο, υπάρχει ο θόρυβος που προκαλείται εκτός του νοσοκομειακού κτιρίου, ο οποίος δεν ρυθμίζεται βάσει κανόνα, παρόλα αυτά εάν ένα νοσοκομείο βρίσκεται επί κεντρικού δρόμου θα πρέπει να έχει ληφθεί η σχετική μόνωση που χρειάζεται στη κατασκευή του κτιρίου. Τέλος, είναι ο φωτισμός. Τα φωτιστικά στο χώρο των κλινών θα πρέπει να περιβάλλονται από γυάλινο αντιθαμβωτικό κάλυμμα με λεία επιφάνεια και με βαθμό στεγανότητας IP54. Για τους υπόλοιπους χώρους τα φωτιστικά θα πρέπει να έχουν πλαστικό πρισματικό κάλυμμα.

Ο φωτισμός των κλινών έχει καθοριστεί να γίνεται με φωτιστικά οροφής φωτεινότητας 500 lux και με ένα φωτιστικό άμεσου φωτισμού 1x 18 W και ένα έμμεσου φωτισμού 1x58 W για κάθε κλίνη. Στους υπόλοιπους χώρους χρησιμοποιούνται φωτιστικά οροφής με φωτεινότητα 200 lux. Στους χώρους εργασίας και στα γραφεία η ένταση φωτισμού φτάνει τα 500 lux.

Όσον αναφορά την πυρασφάλεια του νοσοκομείου, σε περίπτωση πυρκαγιάς ο αρμόδιος θα πρέπει να ενημερωθεί και όλοι οι υπάλληλοι θα πρέπει να είναι ενήμεροι στο τι θα πρέπει να κάνουν σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Γενικά, θα πρέπει να τηρούνται οι κανόνες που στηρίζονται στην ύπαρξη πυρανιχνευτών, συστημάτων συναγερμού και ειδικών πυροσβεστήρων σε κατάλληλα σημεία του χώρου με την ειδική σήμανση και με ευκολία στην χρήση.¹¹ Όσο αναφορά τους ασθενείς είναι δύσκολη η εκκένωση τους διότι υποστηρίζονται από μηχανήματα και βρίσκονται σε κατασταλαμμένη κατάσταση η οποία δεν τους επιτρέπει να κινηθούν. Παρόλα αυτά ο σχεδιασμός του νοσοκομείου είναι τέτοιος που είναι σύνηθες οι ΜΕΘ να βρίσκονται στο κάτω μέρος των ορόφων για γρηγορότερη κινητικότητα.

Την στελέχωση των μονάδων εντατικής θεραπείας αποτελούν αρχικά, το ιατρικό προσωπικό, στην οποία κατηγορία συγκαταλέγονται ο Ιατρικός Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ο οποίος είναι άρτια εκπαιδευμένος ιατρός με ευρείς γνώσεις γύρω από όλα τα θέματα που άπτονται περί της ΜΕΘ και γι' αυτό το λόγω αποτελεί τον συντονιστή του τμήματος. Είναι υπεύθυνος για την διοίκηση και την οργάνωση του τμήματος έτσι ώστε να λειτουργεί αποδοτικά. Ο Ιατρός Διευθυντής παρέχει αποκλειστική παροχή υπηρεσιών.

Οι Γιατροί της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας όπου, είναι Διευθυντές, Επιμελητές Α', Επιμελητές Β'. Ο αριθμός των γιατρών που θα πρέπει να βρίσκονται στο χώρο της ΜΕΘ υπολογίζεται με βάση τον αριθμό των κλινών στη μονάδα, τον αριθμό των εφημεριών, τις απουσίες λόγω διακοπών, ασθενείας καθώς και απουσιών όπως για εκπαιδευτικούς, διδακτικούς, ερευνητικούς λόγους. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρχουν 6 γιατροί αν ο αριθμός των κλινών είναι 8 για την εύρυθμη λειτουργία και αποδοτικότητα του τμήματος. Για κλίνες περισσότερες των 8 η αντιστοιχία των γιατρών είναι 1^{ος} στις 3 κλίνες, έτσι στις 9 κλίνες χρειάζονται 3 γιατροί. Στη ΜΕΘ με 4 έως 6 κλίνες το ιατρικό προσωπικό δεν επιτρέπεται να είναι λιγότεροι από 6 άτομα και αυτό λόγω εφημερίας.

Σειρά παίρνουν οι Εκπαιδευόμενοι Ιατροί, οι οποίοι χωρίζονται στους ειδικευόμενους και στους εξειδικευμένους. Οι μεν γιατροί εκπαιδεύονται και ανάλογα την ειδικότητά τους συνεχίζουν να εκπαιδεύονται στην εντατική θεραπεία κάνοντας επίσης εφημερίες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Οι δε είναι ειδικευμένοι γιατροί όπου μπορούν να εκπαιδευθούν στην εντατική θεραπεία και μετά από δυο χρόνια να δώσουν εξετάσεις για να λάβουν τον αντίστοιχο τίτλο εξειδίκευσης. Εκπαιδεύονται αποκλειστικά στην ΜΕΘ και λειτουργούν στα πλαίσια μιας πολυδύναμης ΜΕΘ έχοντας μαζί τους έναν ειδικευμένο γιατρό.

¹¹Π.Δ. 71/88 άρθρο 12 Α'

Η ιατρική δραστηριότητα είναι συνεχής επί 24ώρου βάσεως και εξασφαλίζεται από τους επιμελητές της ΜΕΘ. Στην εφημερία υπάρχει συνεργασία μεταξύ επιμελητών και εξειδικευόμενων. Επίσης, γιατροί της ΜΕΘ μπορούν να συμβουλευούνται ειδικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, να καθορίσουν αν ένας ασθενής θα πρέπει να εισαχθεί στη ΜΕΘ και τότε θα πρέπει να εξαχθεί από αυτή, τέλος μπορούν εάν το εγκρίνει ο Προϊστάμενος της ΜΕΘ ή το Επιστημονικό Συμβούλιο να πηγαίνουν στα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.).

Επιπλέον, την στελέχωση απαρτίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό, όπου προϊστάμενοι και νοσηλευτές λαμβάνουν χώρα. Η διοίκηση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται από ένα προϊστάμενο νοσηλευτή ή νοσηλεύτρια, ο οποίος έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας του τμήματος με την ανάθεση των καθηκόντων, τον συντονισμό και την επικοινωνία. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος σε περιστάσεις εντατικής θεραπείας με τουλάχιστον τριετή συνεχόμενη προϋπηρεσία την τελευταία πενταετία σε γενική ΜΕΘ. Σκοπός του είναι να εποπτεύει. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους νοσηλευτές του τμήματος επί συνεχή βάση, λόγω του ότι ο τομέας της υγείας δεν παραμένει σταθερός και όλο νέες τεχνολογίες και νέα ιατρικά μέσα παράγονται. Τέλος, δεν συμμετέχει σε βάρδιες (απογεύματα, νύχτα, αργίες). Οι νοσηλευτές είναι πλήρως κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, με εκπαίδευση σε περιπτώσεις εντατικής και επείγουσες περιπτώσεις ιατρικής. Ο αριθμός τους σε ένα τμήμα καθορίζεται από το επίπεδο της παρεχόμενης παρακολούθησης και νοσηλείας αλλά και από το πρόγραμμα απουσιών που προβλέπεται να πραγματοποιηθούν. Παρόλα αυτά, ο ελάχιστος αριθμός στις ΜΕΘ θα πρέπει να είναι τέσσερεις νοσηλευτές. Η μετακίνηση του προσωπικού γίνεται, ύστερα από βέβαιη αντικατάστασή του, με την σχετική απόφαση του διευθυντή και του προϊσταμένου της ΜΕΘ.

Ακολουθεί το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, όπου είναι καθορισμένο ότι για 8 κλίνες θα πρέπει να υπάρχει ένας τραυματιοφορέας και ένας βοηθός θαλάμου με γνώσεις επί της ΜΕΘ παρέχοντας αποκλειστική απασχόληση.

Τέλος, οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στην ΜΕΘ υπό την εποπτεία εκπαιδευτικού προσωπικού. Θα πρέπει να ακολουθούν τα βήματα που έχουν μάθει μέχρι στιγμή, να ρωτάνε τυχόν απορίες και να διορθώνονται αν πράξουν λάθος.

Όσον αναφορά τους λοιπούς εργαζομένους της μονάδας, στους φυσικοθεραπευτές έχει καθοριστεί ότι, για 4 κλίνες χρειάζεται ένας φυσικοθεραπευτής. Θα πρέπει να ρυθμιστεί το πρόγραμμα έτσι ώστε να υπάρχει ένας φυσικοθεραπευτής ο οποίος θα βρίσκεται αποκλειστικά στην ΜΕΘ για να θεραπεύσει τους ασθενείς. Η ύπαρξη του φυσικοθεραπευτή θα πρέπει να καλύπτει καθημερινά και τα Σαββατοκύριακα τις ανάγκες των ασθενών. Οι τεχνολόγοι είναι υπεύθυνοι για την συντήρηση, αποκατάσταση και επισκευή του ιατρικού ή τεχνολογικού εξοπλισμού (μηχανήματα

τεχνητής υποστήριξης αναπνοής, υπολογιστές καταγραφής του ιατρικού φακέλου του ασθενή). Επί 24ώρου βάσεως και με προτεραιότητα στην ΜΕΘ, λόγω της επείγουσας κατάστασης στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς. Για την απαραίτητη διενέργεια των ακτινογραφιών, αξονικών τομογραφιών και άλλων απεικονιστικών εξετάσεων ο ακτινολόγος θα πρέπει να είναι ικανός και να βρίσκεται σε εγρήγορση σε για την εξέταση και αξιολόγηση της εκάστοτε κατάστασης. Η ανάγκη για γραμματειακή υποστήριξη έχει οδηγήσει στην αναλογία ένας γραμματέας για δώδεκα κρεβάτια. Βασικά στοιχεία της γνώσης που θα πρέπει να κατέχει είναι η γνώση αγγλικής γλώσσας και χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών. Σκοπός της είναι η καταγραφή των αρχείων των ασθενών, δηλαδή το ιστορικό, εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή και γενικά της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Τέλος, συμπεριλαμβάνεται το προσωπικό καθαριότητας, όπου θα πρέπει να είναι εξειδικευμένο για την παροχή καθαρισμού στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Να γνωρίζουν, δηλαδή, τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, όπως το πλύσιμο χεριών και πιο συγκεκριμένα την διαδικασία πλυσίματος, την εφαρμογή ειδικών ρούχων και παπουτσιών και να γνωρίζουν επίσης, τους κινδύνους των ιατρικών μηχανημάτων. Για παράδειγμα, για να καθαριστεί μια ιατρική συσκευή, όπως είναι ο αναπνευστήρας θα πρέπει πρώτα να αποσυνδεθεί από την πρίζα. Σε περίπτωση αποφυγής ενδεχομένου πυρκαγιάς δεν αποθηκεύονται μαζί εύφλεκτα και εκρηκτικά υλικά και τα υγρά αποθηκεύονται χωριστά από τα στερεά, η αποθήκευση στον ίδιο χώρο γίνεται μόνο από ενώσεις συμβατές.¹²

Ο βασικότερος εξοπλισμός μιας μονάδας εντατικής θεραπείας αποτελείται από, έναν αναπνευστήρα όγκου και πίεσης, δυο αναπνευστήρες κατάλληλους για μη επεμβατικό αερισμό, δυο φορητούς αναπνευστήρες μεταφοράς, δυο μόνιτορ, έναν αναλυτή αίματος, γαλακτικού οξέως, γλυκόζης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και ένα εφεδρικό. Το ελάχιστο δυο μηχανήματα συνεχούς αιμοδιήθησης ανά 6 κλίνες, ένα ζυγό για την μέτρηση του βάρους των ασθενών, έναν ηλεκτροκαρδιογράφο, έναν απινιδωτή με οθόνη και καταγραφικό, ένα μηχάνημα ανά τρεις κλίνες για την μέτρηση της θερμοκρασίας, ένα εξωτερικό βηματοδότη, ένα για κάθε οκτώ κλίνες τροχήλατο με εκτεταμένο φάσμα φαρμάκων, λαρυγγοσκόπια, συσκευές διασωλήνωσης και ανάνηψης, ένα βρογχοσκόπιο με πηγή ψυχρού φωτισμού, επιπλέον έναν ανά κλίνη ασκό ανάνηψης με ρεζερβουάρ οξυγόνου, έναν υπερηχογράφο με δυνατότητα διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος, έξι ογκομετρικές αντλίες για χορήγηση υγρών και φαρμάκων ανά κλίνη, ένα σύστημα ενδοκράνιας πίεσης, ένα οσμόμετρο και τέλος ένα φορητό ακτινολογικό μηχάνημα με δυνατότητα τηλεχειριστηρίου.

Πιο συγκεκριμένα, σε κάθε κλίνη θα πρέπει να υπάρχει σύστημα παρακολούθησης (monitor) συνδεδεμένο με κεντρικό σταθμό για την μέτρηση και αποθήκευση των

¹²[http://www.eekx-kb.gr/asfaleia_grigoratou\[1\].pdf](http://www.eekx-kb.gr/asfaleia_grigoratou[1].pdf)

κάτωθι παραμέτρων. Με αυτό τον τρόπο καταγράφεται το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η αρτηριακή πίεση, η κεντρική φλεβική πίεση και διάφορες άλλες πιέσεις, η θερμοκρασία, η οξυμετρία και άλλα στοιχεία απαραίτητα για την ισορροπημένη λειτουργία του οργανισμού. Είναι ένα απαραίτητο εργαλείο στις ΜΕΘ, διότι μπορεί να απεικονίσει την συνολική εικόνα του ασθενούς αλλά και να ενημερώσει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές με το σύστημα alarm, ότι ο ασθενής βρίσκεται σε κίνδυνο. Η μετατροπή των monitors σε φορητά είναι απαραίτητη έτσι ώστε να μπορούν να μεταφέρονται οι ασθενείς όπου χρειάζεται. Επίσης, ο αναπνευστήρας είναι εξίσου ένας σημαντικός εξοπλισμός τον οποίο η ΜΕΘ χρησιμοποιεί εντατικά, βοηθάει τους ασθενείς να αναπνέουν όταν βρίσκονται σε καταστολή, ή όταν κάποια όργανά τους δεν λειτουργούν κανονικά.

Να τονίσουμε σε αυτή την περίπτωση ότι ο εξοπλισμός θα πρέπει να αντικαθίσταται ή να αναβαθμίζεται και να μην παραμένει ίδιος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό στηρίζεται στην συνεχή εξέλιξη από την οποία διακρίνεται ο χώρος της υγείας. Η διαδικασία αυτή βάσει επιστημονικών δεδομένων θα πρέπει να γίνεται κάθε 10 έως 12 χρόνια.

1.8 Αποδοτική Λειτουργία των Συστημάτων Υγείας

Είναι ευρέως γνωστό ότι, τόσο η ανεύρεση όσο και η χρήση των πόρων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών είναι ελλιπής. Η αναγκαιότητα της αποδοτικής λειτουργίας των πόρων στα συστήματα υγείας προέκυψαν λόγω την αισθητής αύξησης των ιδιωτικών και δημοσίων δαπανών στην υγεία. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων είναι παράγοντες επίδρασης των δαπανών υγείας. Τα κόστη εισροών αναφέρονται στις δαπάνες για την χρησιμοποίηση των πόρων θεραπείας ενός ασθενούς.

Εκτός από τα κόστη εισροών υπάρχουν και άλλα κόστη τα οποία αποτελούν το συνολικό κόστος της υγείας. Έτσι, τα επιμέρους κέντρα κόστους ταξινομούνται σε τρεις ομάδες κόστους. Στην πρώτη ομάδα εντάσσονται τα άμεσα κόστη (direct costs), τα έμμεσα κόστη (indirect costs) και τα κόστη κεφαλαίου(capital costs). Όσον αναφορά τα άμεσα κόστη περιλαμβάνονται δαπάνες για την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την αποκατάσταση, την έρευνα και εκπαίδευση, επίσης σε αυτή την ομάδα εντάσσονται οι αμοιβές του προσωπικού, το κόστος νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, δαπάνες υγειονομικού υλικού, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων. Στα έμμεσα κόστη ή αλλιώς γενικά έξοδα περιλαμβάνονται διοικητικές δαπάνες, δηλαδή δαπάνες της υπηρεσίας οι οποίες επιμερίζονται σε διάφορα προγράμματα και όχι σε ένα συγκεκριμένο. Στα κόστη κεφαλαίου περιλαμβάνονται δαπάνες για την αγορά κτιρίων, εξοπλισμού, οικοπέδων και γενικά όλων των πάγιων στοιχείων ενεργητικού της υπηρεσίας. Στην

δεύτερη ομάδα κόστους περιλαμβάνονται τα κόστη επιβαρύνσεως ασθενών και συγγενών τους, τα κόστη επιβαρύνσεως άλλων φορέων και τα κόστη του προγράμματος ή της υπηρεσίας υγείας. Στα κόστη επιβαρύνσεως ασθενών και συγγενών τους εντάσσονται το κόστος των φαρμάκων και η μετακίνηση του ασθενούς στο νοσοκομείο. Στην επιβάρυνση με κόστος φορέων νοούνται οι δήμοι, οι επιχειρήσεις, οι κοινωνικές υπηρεσίες και τέλος και κυριότερων οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

Στην τρίτη και τελευταία ομάδα κόστους συγκαταλέγονται τα σταθερά κόστη (fixed costs), τα μεταβλητά κόστη (variable costs) και τα ημιμεταβλητά κόστη (semi-variable costs). Στα σταθερά κόστη περιλαμβάνονται δαπάνες οι οποίες δεν μεταβάλλονται στη βραχυχρόνια περίοδο όταν μεταβάλλεται η ποσότητα των δραστηριοτήτων και εκρών του προγράμματος. Στις δαπάνες αυτές εντάσσονται οι μισθοί, τα ενοίκια και τα έξοδα συντήρησης γραφείων. Στα μεταβλητά κόστη περιλαμβάνονται δαπάνες οι οποίες μεταβάλλονται όταν μεταβάλλεται η ποσότητα των δραστηριοτήτων του προγράμματος, όπως δαπάνες για νερό, ρεύμα, αναλώσιμα υλικά. Να τονίσουμε σε αυτή την περίπτωση ότι μακροχρονίως όλα τα κόστη θεωρούνται μεταβλητά. Στα ημιμεταβλητά κόστη ή αλλιώς μικτά κόστη περιλαμβάνονται δαπάνες στις οποίες εντάσσονται τόσο σταθερά όσο και μεταβλητά στοιχεία.

Η μέθοδος μέτρησης του κόστους στις ΜΕΘ γίνεται με δύο τρόπους, αρχικά με την μέθοδο από πάνω προς τα κάτω (top-down approach), η οποία θεωρείται ότι είναι μια εύκολη και ευρέως διαδεδομένη αναδρομική διαδικασία συγκρίσεων μεταξύ των ΜΕΘ. Ο υπολογισμός της ημερήσιας δαπάνης γίνεται διαιρώντας τον προϋπολογισμό της εντατικής θεραπείας – συνολικό κόστος, με τον αριθμό των ασθενών ή τις ημέρες παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Μπορεί, έτσι, να γίνει η μέτρηση της μέσης δαπάνης για μια ΜΕΘ ανά ασθενή. Μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δεν μπορεί να κάνει συγκρίσεις μεταξύ ασθενών που θεραπεύονται για διαφορετικού είδους ασθένειες ή διαφορετικής σοβαρότητας ασθένειας και αυτό διότι, η μέθοδος στηρίζεται πάντα στην ισότιμη κατανομή των πόρων προς στους ασθενείς. Στην ουσία, ψάχνει να βρει το μέσο κόστος ανά ημέρα του ασθενούς.

Η δεύτερη μέθοδος από κάτω προς τα πάνω (bottom-up approach) στηρίζεται στον καθορισμό του κόστους σε μεμονωμένους ασθενείς, οι οποίοι κάνουν χρήση συγκεκριμένων πόρων. Σε αντίθεση με την παραπάνω μέθοδο, εδώ, η εφαρμογή της βασίζεται στο μέλλον, αναλύοντας το κόστος των μεμονωμένων ασθενών στηριζόμενη στην θεραπεία τους, στην σοβαρότητα της ασθένειας τους και στην έκβαση της υγείας τους. Για να λειτουργήσει σωστά και να οδηγήσει σε ορθά αποτελέσματα, χρειάζεται άριστη γνώση της δραστηριότητας του ιατρικού και

νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, μπορεί να καθορίσει το μοναδιαίο κόστος ή αλλιώς μέσω κόστος ανά μονάδα παραγωγής, παραγόντων, όπως φαρμάκων, αναλώσιμων υλικών. Μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι θεωρείται περιττή και μη ρεαλιστική, διότι, δεν μπορεί να δώσει αποτέλεσμα για τα συνολικά κόστη ανά δραστηριότητα. Στην ουσία, ψάχνει να βρει το κόστος των μελλοντικών αναγκών ανά κατηγορία ασθενών.

Ωστόσο, για διεθνείς συγκρίσεις μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωση δημιουργήθηκε το πρόγραμμα IPOC– Interdisciplinary Plans of Care με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Φροντίδας. Οι συγκρίσεις αυτές βασίζονταν στην χρήση των πόρων των εντατικών φροντίδων, της παροχής και του κόστους αυτών. Στην ουσία, το IPOC είναι ένα διεθνώς αποδεκτό ερωτηματολόγιο, όπου το μεγαλύτερο μέρος του αναφέρεται στα πραγματικά έξοδα μιας υπηρεσίας υγείας. Παράδειγμα, αυτής της εφαρμογή αναγνωρίζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου έγινε για την εξέταση των συνολικών κοστών στις ΜΕΘ προσωπικού, υπηρεσιών υποστήριξης και αναλώσιμα μαζί με ένα μεγάλο κεφαλαιουχικό εξοπλισμό για την καλύτερη κατανόηση των διαφορών μεταξύ της χρήσης των πόρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι χώρες που συμμετείχαν στην δοκιμαστική μελέτη αυτή ήταν η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ουγγαρία. Για την σύγκριση των δαπανών στις ΜΕΘ, θα έπρεπε να υπήρχε ένα κοινό σημείο αναφοράς, έτσι μέσω της ισοτιμίας αγοραστικής δύναμης (PPP), οι δαπάνες μετατράπηκαν σε διεθνή δολάρια ως ένα παγκόσμιο υποθετικό νόμισμα. Εν κατακλείδι, αυτό που κατάφερε να κάνει το IPOC είναι η λεπτομερή σύγκριση του κόστους της φροντίδας των ΜΕΘ σε διάφορες χώρες. Η συλλογή των δεδομένων από τα ερωτηματολόγια σε συνδυασμό με τα δεδομένα που σχετίζονται με την έκβαση του ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συγκριτικό εργαλείο για να καθοριστεί η ιδανική παροχή κλινών και κόστους στις ΜΕΘ.¹³

1.9 Ανακεφαλαίωση

Εν καιρώ κρίσης, η κατανομή των πόρων οι οποίοι δεν βρίσκονται σε αφθονία, καθώς και η διαχείριση των δαπανών, αποτελούν υψίστης σημασίας προς εξακρίβωση δεδομένα. Όπως αναφέραμε και παραπάνω, η φτώχεια, η ανισότητα, η γεωγραφική θέση και άλλοι παράγοντες είναι χαρακτηριστικά τα οποία εμποδίζουν την διασφάλιση της δημόσιας υγείας στον πληθυσμό.

¹³ Απεικονιστικό παράδειγμα: <https://www.childrens.health.qld.gov.au/odf-grg-advanced-interdisciplinary-plans-of-care-ipoc/>

Έτσι, μια καθοριστική προσπάθεια για την άρση αυτού του σημαντικού προβλήματος γίνεται μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία είναι ο πρώτος πυλώνας υποδοχής των ασθενών στο σύστημα υγείας.

Βασική λειτουργία της ΠΦΥ είναι ότι δημιουργήθηκε ως «gatekeeper», συγκρατώντας ελαφριά περιστατικά ασθενών εκτός νοσοκομείου, μειώνοντας αισθητά το κόστος, λόγω χειρισμού από την πλευρά των ιατρών στοιχειωδών υλικοτεχνικών υποδομών και όχι εξειδικευμένων ακριβών εξοπλισμών που θα μπορούσαν να διατεθούν για οξύτερα περιστατικά και ειδικότερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας όπου η ζωή των ασθενών βρίσκεται σε κίνδυνο.

Μια άλλη λειτουργία της ΠΦΥ είναι ότι προάγει την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση κυρίως σε ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα προσαρμοζόμενο πάντα με βάση τις ανάγκες των, καθορίζοντας αναλόγως και το κόστος συμμετοχής των. Δημιουργείται έτσι, η ισότητα, η δικαιοσύνη, η προσβασιμότητα και προσιτότητα των κατώτερων στρωμάτων της κοινωνίας, το οποίο είναι αναγκαίο για την προαγωγή της δημόσιας και εν τέλει παγκόσμιας υγείας. Να αναφέρουμε σε αυτή την περίπτωση ότι, εάν κριθεί απαραίτητο η εισαγωγή του ασθενούς σε νοσηλευτική μονάδα η επικοινωνία της πρωτοβάθμιας με τις άλλες φροντίδες υγείας κρίνεται αναγκαία. Όσον αναφορά την αποκατάσταση των βαρέων περιστατικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί πρότινος στις μονάδες εντατικής θεραπείας, μειώνεται αρκετά με αυτό τον τρόπο το κόστος λόγω του ότι, δεν χρειάζεται η παραμονή τους στο νοσοκομειακό χώρο κάνοντας περαιτέρω χρήση πόρων και κλινών. Το ίδιο ισχύει και για τους χρόνιους πάσχοντες.

Μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επιπλέον, μειώνεται η ανισότητα στην πρόσβαση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών λόγω της άμεση και ανεξαρτήτου γεωγραφικής θέσης υγειονομική κάλυψη σε διάφορα μέρη. Βασικότερο στοιχείο όλων είναι η ενημέρωση των χρηστών για τα οφέλη της θεραπείας τους μέσω της ΠΦΥ και την προσφυγή τους εκεί.

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε ότι, μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνεται το κόστος, περιορίζεται η αλόγιστη και άσκοπη χρήση των διαθέσιμων πόρων, εξαλείφεται η ανισότητα, προάγεται και διασφαλίζεται συνάμα η υγεία στο σύνολο του πληθυσμού, «συγκρατώντας» την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους, η οποία θα οδηγούσε στην εισαγωγή τους στην μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε κάποια άλλη μονάδα νοσοκομείου.

Κεφάλαιο 2

Δαπάνες Υγείας

2.1 Γενικά

Οι δαπάνες που γίνονται στην υγεία διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Όπως είναι λογικό, καταγράφονται διαφορετικά ποσοστά ανάλογα της ζήτησης των αναγκών από την πλευρά των χρηστών και της προσφορά χρηματοδοτήσεων αναγκαίων για την επάρκεια των πόρων και προσφοράς ιατρικών πράξεων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Εκτός αυτού, διαφορές στους δημογραφικούς, στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, καθώς και η δομή και η οργάνωση των συστημάτων υγείας θα λέγαμε ότι είναι καθοριστικοί παράγοντες επίδρασης των συνολικών δαπανών στην υγεία. Γι' αυτό το λόγο, η δαπάνη υγείας θεωρείται ως ικανοποιητικός δείκτης για διεθνείς συγκρίσεις λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές εκδοχές των συστημάτων υγείας μεταξύ των κρατών.

2.2 Παράγοντες ζήτησης υγείας

Η ζήτηση για υγεία και εν τέλει δαπάνη αυτής εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες όπως είναι το μέγεθος, η δομή, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, το εθνικό εισόδημα, η οικονομική ελαστικότητα της ζήτησης για δαπάνες υγείας, το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής, τέλος οι πολιτικές που εφαρμόζονται από το κράτος για την πρόληψη των ασθενειών και προαγωγή της υγείας.

Αν και δεν καθορίζεται τόσο από την ηλικία τα ποσοστά νοσηρότητας αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα και άρα η ζήτηση για δαπάνες υγείας. Ωστόσο, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, ως κύριος παράγοντας ζήτησης υγείας καθορίζεται από τις περιβαλλοντικές, κοινωνικές, τεχνολογικές μεταβλητές μιας κοινωνίας και λαμβάνει υπόψη όλες τις ηλικιακές ομάδες σε έναν πληθυσμό ανάγκη. Όσο αναφορά το εθνικό εισόδημα, οι δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται γρηγορότερα από το ΑΕΠ και αυτό διότι γίνονται αγορές υγειονομικής περίθαλψης οι οποίες θεωρούνται ως είδη πολυτελείας και τις περισσότερες φορές δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία – οδοντιατρική φροντίδα. Η ελαστικότητα ζήτησης δαπανών υγείας θα είναι ίση ή μεγαλύτερη του ενός εάν αυξηθούν οι ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας και αυτό λόγω της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού ή από την πλευρά του κράτους εάν επιθυμεί την προαγωγή της υγείας στην κάλυψη των συνολικών αναγκών μιας κοινωνίας. Οι πολιτικές παρεμβάσεις για προσπάθεια μείωσης της θνησιμότητας, έχει ως στόχο την μείωση του κατακεφαλήν κόστους υγειονομικής περίθαλψης και αυτό διότι προσεγγίζοντας το θάνατο από μια ασθένεια το κόστος αυξάνεται κατακόρυφα. Έτσι, προλαμβάνοντας μια ασθένεια τώρα θα έχει μικρότερο κόστος για το μέλλον.

2.3 Παράγοντες προσφοράς υγείας

Από την πλευρά της προσφοράς της υγείας η οποία θα έχει ως επακόλουθο της δαπάνη αυτής εξαρτάται από το κόστος λόγω καινοτομίας με νέα και πιο εξελιγμένα ιατρικά και τεχνολογικά μέσα, τις εισροές κεφαλαιακών και ανθρώπινων πόρων, την χρηματοδότηση από κοινού δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την φροντίδα υγείας, τις ασφαλιστικές εταιρίες, τις αποζημιώσεις και τέλος τις ρυθμίσεις της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικών προϊόντων τα οποία ενέχουν υψηλές δαπάνες για την στήριξη των πυλώνων παροχής υπηρεσιών υγείας στους χρήστες.

Με την εφεύρεση νέων και πιο εξελιγμένων τεχνολογικών μέσων μειώνεται το μοναδιαίο κόστος λόγω αποτελεσματικότερης θεραπευτικής παρέμβασης με αποτέλεσμα να μειώνεται η μελλοντική ιατρική παρέμβαση και συνεπώς το κόστος παροχής λόγω ίασης της ασθένειας. Παρόλα αυτά μπορεί να αυξήσει την βραχυπρόθεσμη ζήτηση λόγω της καλύτερης προσαρμογής του κόστους. Ωστόσο, η νέα τεχνολογία μπορεί να αυξήσει την δαπάνη, λόγω της αύξησης του ορίου επιβίωσης ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Επίσης, γίνονται δαπάνες για επενδύσεις, για πληρωμή των μισθών των εργαζομένων, και άλλων δραστηριοτήτων απαραίτητων για την λειτουργία των δομών της υγείας. Τέλος το κράτος μέσω του δημοσιονομικού ελέγχου που ασκεί προσαρμόζει τις δαπάνες για να παράσχει κίνητρα στους ασθενείς και επαγγελματίες υγείας, με σκοπό την ορθότερη επιλογή των πόρων, ειδικότερα λαμβάνει πολιτικές επιλογές για την πρόσβαση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τον χρόνου αναμονής, την επιλογή ασθενών. Είναι φανερό ότι η κρατική παρέμβαση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις δαπάνες στην υγεία λόγω της κατεύθυνσης που ασκεί και των κινήτρων που δίνει.

2.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες

Στην πράξη, στις χώρες της Ε.Ε. μέσω των νέων τεχνολογικών, φαρμακευτικών ανακαλύψεων και μεθόδων παροχής υπηρεσιών υγείας και προσπάθειας διάθεσης τους στο σύνολο του πληθυσμού ενέχει κόστους το οποίο θα πρέπει να καθοριστεί ορθά έτσι ώστε να μην γίνονται άσκοπες δαπάνες. Ο υπολογισμός αυτός είναι δύσκολος σε μια κοινωνία και ακόμα δυσκολότερος όταν γίνονται συγκρίσεις με τα πρότυπα άλλων χωρών. Παρόλα αυτά, το κόστος που προκαλεί η ηλικία στις συνολικές δαπάνες για την υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντικό, όσο η κατάσταση της υγείας - νοσηρότητα του πληθυσμού (Bartosz Przywara, July 2010). Αυτό σημαίνει ότι, ασθενείς οι οποίοι είναι χρόνιοι πάσχοντες καταλήγουν να δαπανούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα φαρμακευτικές και ιατρικές πράξεις κάτι που το

επιβάλλει η κακή κατάσταση της υγείας τους ανεξαρτήτως ηλικίας. Έτσι, θα πρέπει να προσδοκάμε αύξηση του ποσοστού υγιούς επιβίωσης ώστε να γίνονται λιγότερες δαπάνες στη διάρκεια ζωής των ανθρώπων και να γίνονται δαπάνες για παροχή οφελών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Εάν παρασχεθούν εγκαίρως ιατρικές υπηρεσίες στα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη θα μειωθούν τα υψηλά κόστη παροχής υπηρεσιών υγείας, και αυτό διότι όπως έχει αποδειχθεί από αρκετές μελέτες την περίοδο εγγύτητας στο θάνατο παρατηρούνται υψηλότερες δαπάνες υγείας. Η καταγραφή υψηλών ποσοστών προσδόκιμου ζωής θα θεωρούταν από πολλούς ότι έχει επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης της θνησιμότητας ωστόσο, οι δαπάνες που συντέλεσαν σε αυτό οδήγησαν στην γήρανση του πληθυσμού κάτι το οποίο απαιτεί περεταίρω κόστος και σε συνδυασμό με την υπογονιμότητα που παρατηρείται στις χώρες αυτές, λόγω αύξησης της μόρφωσης και συμμετοχής των γυναικών στην εργασία, έχει οδηγήσει σε στρεβλά αποτελέσματα. Όλο αυτό συντελεί σε ένα επιπρόσθετο κόστος διότι δεν μπορεί να καθοριστεί ορθά η ηλικιακή δομή και το μέγεθος του πληθυσμού.

Για την μέτρηση των δαπανών που χρησιμοποιούνται στην υγεία ένας παράγοντας ο οποίος βοηθάει αρκετά είναι το ΑΕΠ, όπου καθορίζει την οικονομική ικανότητα μιας χώρας. Έτσι εάν το ΑΕΠ είναι υψηλό η χώρα είναι πλούσια και μπορεί να διαθέσει χρήματα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στον πληθυσμό της. Επιστημονικά θεωρείται ότι είναι ένας δείκτης ο οποίος επηρεάζει σημαντικά τις δαπάνες υγείας. Για μια αναπτυγμένη χώρα είναι λογικό να μπορεί πιο εύκολα να διαθέσει πόρους και να προάγει την υγειονομική περίθαλψη καθολικά. Όταν μια χώρα δεν είναι τόσο ανεπτυγμένη, θα δυσκολευτεί να καταναείμει τους πόρους στο σύνολο του πληθυσμού και ενδεχομένως να διαχειριστεί λάθος την οικονομική δυνατότητα της και αυτό διότι εν μέρει χρειάζεται η καινοτομία της τεχνολογικής προόδου το οποίο απαιτεί χρήματα για να επιτευχθεί. Εκτός των παραπάνω από την στιγμή που δημιουργείται μια καινοτομία, η χώρα εκείνη, έχει την πνευματική ιδιοκτησία για ένα χρονικό διάστημα περίπου 15αίτια δημιουργώντας κέρδη και μειωμένα κόστη και έπειτα επιτρέπεται σε άλλους να την χρησιμοποιήσουν.

Συμπεραίνουμε ότι, για να μπορέσει μια οικονομία να αυξήσει το ΑΕΠ της, θα πρέπει να είναι ενεργή και να έχει μοναδικά πλεονεκτήματα, τα οποία θα την βοηθήσουν να καλυτερεύσει άλλους τομείς της κοινωνίας της σε ανάγκη. Επίσης, η αξία της ελαστικότητας των δαπανών είναι ένας παράγοντας ο οποίος είναι καθοριστικός για τις δαπάνες υγείας. Η ελαστικότητα δείχνει τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε μια μεταβολή της ποσότητας της δαπάνης για την υγεία εάν μεταβληθεί το εισόδημά του κατά μια μονάδα.

Φυσικό είναι να διαφέρει η ελαστικότητα μεταξύ των ατόμων σε μια οικονομία. Ατομικά, εάν ο καταναλωτής έχει ασφάλιση υγείας μια μεταβολή του εισοδήματος του είτε θετική είτε αρνητική, δεν θα τον επηρεάσει στο να τα διαθέσει σε δαπάνες

υγείας. Σε εθνικό επίπεδο, η ελαστικότητα της δαπάνης για την υγεία θα είναι μεγαλύτερη ή ίση με την μονάδα, δηλαδή εάν αυξηθεί το ΑΕΠ της χώρας, το κράτος θα κοιτάξει να στραφεί σε δαπάνες για την υγεία ατόμων χωρίς ασφάλιση και χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη (κοινωνική πρόνοια). Η καθολική κάλυψη αυξάνει τις δαπάνες υγείας.

Όσον αναφορά την τεχνολογική και ιατρική πρόοδο, θεωρείται ένας παράγοντας σημαντικός στην μέτρηση του κόστους που προκαλεί στην υγεία. Είναι γνωστό ότι, ο κλάδος της υγείας είναι ένας κλάδος ο οποίος στηρίζεται σε συνεχείς νέες τεχνολογικές και ιατρικές καινοτόμες πράξεις και η λειτουργία του κλάδου αυτού της επιστήμης ενέχει μεγάλο κόστος στον να προσφέρει και να προάγει την υγεία στον πληθυσμό και έτσι αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες δαπανών της υγείας. Οι δαπάνες σε αυτή την περίπτωση μπορούν να οριστούν ως τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα εμβόλια, ο ιατρικός εξοπλισμός, δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη στην υγεία, όλες οι ιατρικές διαδικασίες, τα υποστηρικτικά και διοικητικά συστήματα. Για να κατανοήσουμε το αντίκτυπο που θα έχουν οι νέες τεχνολογίες στην υγεία και αν οι δαπάνες που έγιναν ήταν σωστές θα πρέπει να εξετασθούν, η δομή των συστημάτων υγείας σε μια χώρα, οι κανόνες παροχής και χρηματοδότησης της υγείας και τα κίνητρα που έχουν τεθεί από το κράτος στους παραγωγούς και καταναλωτές. Για παράδειγμα, μπορεί το κράτος να μειώσει το μοναδιαίο κόστος της προσφοράς των παλιότερων τεχνολογικά υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ζήτηση και να γίνει προσιτή η πρόσβαση στην υγεία σε όλους, αυξάνοντας έτσι τις δαπάνες για την υγεία λόγω μεγαλύτερου αριθμού ασθενών. Από την άλλη πλευρά μπορεί οι τρέχουσες δαπάνες που θα γίνουν για νέες τεχνολογίες να οδηγήσουν στην μείωση των μελλοντικών αναγκών και δαπανών στην υγεία, διότι ο πληθυσμός θα είναι υγιέστερος βελτιώνοντας την τωρινή κατάσταση της υγείας τους.

Τέλος, καταλήγουμε ότι, η αποδοτικότερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας πολύ πιθανό είναι να οδηγήσουν στην μείωση των άσκοπων δαπανών σε συνδυασμό με έναν υγιή πληθυσμό στο σύνολο του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, πολλοί από τους παράγοντες της προσφοράς της υγείας, δυνάμεις της αγοράς, κρατικές ρυθμίσεις, επηρεάζουν το μοναδιαίο κόστος.

Έτσι εάν υπάρξει αύξηση των τιμών των πόρων και των πρώτων υλών ή αύξηση του κόστους που διατίθεται για έρευνα και ανάπτυξη ή αύξηση των μισθών και των τιμών των φαρμάκων, το μοναδιαίο κόστος παροχής υγειονομικής περίθαλψης θα μεταβληθεί. Συμπεραίνουμε ότι, μια ακαθόριστη αλλαγή στο θεσμικό, οικονομικό ή πολιτικό παράγοντα επηρεάζουν το μοναδιαίο κόστος.

Εν κατακλείδι, οι ανθρώπινοι και κεφαλαιουχικοί πόροι επηρεάζουν τις δαπάνες που θα διατεθούν για την υγεία. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας διενεργείται σε ετήσια βάση και προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε

χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα.¹⁴ Σύμφωνα με το ΣΛΥ, οι δαπάνες υγείας αναφέρονται σε Υπηρεσίες Περίθαλψης, Αποκατάστασης στην οποία εντάσσονται οι υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας και η ενδονοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξωνοσοκομειακή. Επίσης αναφέρονται, στις Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας, όπου εντάσσονται υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, και οι υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης. Στη διάθεση φαρμακευτικών και άλλων υγειονομικών αναλώσιμων, όπως φαρμακευτικά προϊόντα, φάρμακα, ορούς, εμβόλια, επιδέσμους καθώς και θεραπευτικών συσκευών και άλλων ιατρικών αγαθών διαρκείας, όπως γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς.

Επιπλέον, αναφέρεται σε ιατρικά προϊόντα και στο τομέα της διοίκησης, όπως Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, διοίκηση του τομέα της υγείας και ασφάλισης υγείας και τέλος μη εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος. Αναφορικά με την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, αναφέρεται σε ιατρικές δραστηριότητες οι οποίες διεξάγονται σε δημόσια και ιδιωτικά, γενικού και ειδικού τύπου νοσοκομεία. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες οι οποίες έχουν ως στόχο ασθενείς εκτός νοσηλευτικής μονάδας, δηλαδή υπηρεσίες όπως κινητές μονάδες περίθαλψης, ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.

2.5 Κατηγορίες δαπανών υγείας

Τρεις είναι οι κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται οι δαπάνες. Είναι οι δαπάνες για ιατρική περίθαλψη στις οποίες εντάσσονται το κόστος μονάδων υγείας, οι αμοιβές του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού, αμοιβές ιατρών με σύμβαση έργου ή αμοιβές ιατρών κατά περίπτωση (ιατρικές επισκέψεις), επίσης εντάσσονται οι παρακλινικές εξετάσεις σε τρίτους, όπου περιλαμβάνει τη δαπάνη για εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και τέλος εντάσσονται οι δαπάνες για λοιπές παροχές υγείας, οι οποίες δεν κατατάσσονται στις παραπάνω υποκατηγορίες.

Στην δεύτερη κατηγορία βρίσκονται οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη όπου αναφέρονται στην δαπάνη σε δημόσιο νοσοκομείο που αφορά πακέτο νοσηλείας, στην δαπάνη σε δημόσιο νοσοκομείο που αφορά φάρμακα, στην δαπάνη δημόσιου νοσοκομείου που αφορά υγειονομικό υλικό και σε δαπάνη που γίνεται εντός

¹⁴<http://www.stokokkino.gr/article/100000000056266/ELSTAT-Anakampsi-tis-xrimatodotisis-ton-dapanon-ugeias-meta-apo-4-xronia-sunexon-meioseon>

δημοσίου νοσοκομείου και αναφέρεται σε εξετάσεις που διενεργήθηκαν, το ίδιο ισχύει και για την μέτρηση του κόστους ενός ιδιωτικού νοσοκομείου.

Τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι η φαρμακευτική περίθαλψη με δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι μέγεθος το οποίο αναφέρεται στην πλευρά της ζήτησης και όχι της προσφοράς όπως είναι οι φαρμακευτικές πωλήσεις. Είναι σημαντικό να τονίσουμε σε αυτή την περίπτωση ότι, η φαρμακευτική δαπάνη αναφέρεται στα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας και δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα που χορηγούνται από τα νοσοκομεία, και αυτό διότι αποτελούν ενδιάμεση ανάλωση και έχουν καταγραφεί ήδη στη νοσοκομειακή δαπάνη. Για να αποφεύγονται οι διπλές καταχωρίσεις καλό είναι να επισημανθεί η διαφορά αυτή καθώς σε αντίθετη περίπτωση θα καταγραφόντουσαν αυξημένες δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα, η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, ορούς, εμβόλια, βιταμίνες, επιδέσμους, ναρκωτικές ουσίες κ.α. τα οποία χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Χωρίζεται σε δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα, δηλαδή αποζημιώσεις ή κάλυψη της δαπάνης προς τους ασφαλισμένους και σε ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη όπου είτε ο ασθενής καταβάλλει πλήρως το ποσό από την τσέπη του (out-of-pocket payment), είτε συμμετέχει στο κόστος λόγω ασφάλισης (co-payment) , είτε αποζημιώνεται μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Φαρμακευτική δαπάνη θεωρείται και η δαπάνη που γίνεται για έρευνα και ανάπτυξη όπου πλήθος επιστημόνων εργάζεται για την ανακάλυψη νέων φαρμάκων και εκσυγχρονισμού παλιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα φαρμακοεπαγρύπνησης για την ασφάλεια των φαρμάκων για την κατανάλωση τους από τους πολίτες. Η όλη διαδικασία όχι μόνο θα οδηγήσει σε κόστος για την λειτουργία της αλλά θα αύξηση και τις δαπάνες για την επέκταση της χρήσης διότι αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής για τους χρόνιους πάσχοντες και ο πληθυσμός όλο και γίνεται γηραιότερος.

2.6 Υπολογισμός και χρηματοδότηση των δαπανών υγείας

Οι τρόποι υπολογισμού της δαπάνης που χρησιμοποιούνται σε αρκετές μελέτες μπορούν να διαφέρουν, αλλά κοινό χαρακτηριστικό που ακολουθούν είναι η ίδια μεθοδολογία. Έτσι χωρίζοντας χαρακτηριστικά στοιχεία των καταναλωτών ανάλογα το φύλο, την ηλικία, το μέγεθος, την διάρθρωση, ορίζεται σε κάθε μια από αυτές μια δεδομένη δαπάνη ανά κάτοικο.

Στη συνέχεια, βάσει των εξελίξεων των μεταβλητών, ακολουθούνται διαφορετικές υποθέσεις και δημιουργούνται διάφορα σενάρια για να προσδιοριστεί η τάση. Για

την λειτουργία των συστημάτων υγείας κάθε κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαραίτητη είναι η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας που δημιουργούνται από την διαδικασία αυτή, με σκοπό την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό τους.

Είναι υψίστης σημασίας για την ομαλή λειτουργία και παροχή της υγειονομικής φροντίδας ισότιμα σε όλο τον πληθυσμό, ανεξαρτήτου το οποίος ήταν ο χρηματοδοτικός φορέας. Κατά τον υπολογισμό θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα οι εισαγωγές και να εξαιρούνται οι εξαγωγές. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης χωρίζεται σε δημόσια ή ιδιωτική και προσδιορίζεται ανάλογα τον τύπο του χρηματοδοτικού φορέα και τον προμηθευτή της υγειονομικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα, η δημόσια χρηματοδότηση της δαπάνης από τα υπουργεία και άλλους δημόσιους φορείς προς τα δημόσια αλλά και ιδιωτικά νοσοκομεία. Στο σύνολο τους οι δαπάνες υγείας ισούνται εάν αθροίσουμε τις ιδιωτικές με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Ο καθορισμός κάλυψης είτε δημόσιας, είτε ιδιωτικής δαπάνης, στηρίζεται σε πολλούς λόγους. Αρχικά, ως είθισται άτομα τα οποία έχουν την οικονομική δυνατότητα θα επιλέξουν να ασφαλιστούν και να καλύψουν τυχόν μελλοντικά προβλήματα της υγείας τους μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Από την άλλη πλευρά, η λειτουργία του κράτους ως δημόσιος οργανισμός θα προσπαθήσει να διασφαλίσει την υγεία του πληθυσμού καθολικά κάτι το οποίο εγείρει δυσκολίες ως προς το κόστος σε περιόδους κρίσεως, όπου διανύουν νοτιότερες χώρες της Ε.Ε.

Έτσι, εάν το κράτος ως δημόσιος οργανισμός δεν μπορεί να στηρίξει πλήρως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, δηλαδή μέσω τη φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης τον χρήστη με την σειρά του ο χρήστης θα οδηγηθεί αναγκαστικά στην συμπληρωματική του κάλυψη από τον ιδιωτικό τομέα.

Σχετική έρευνα σε άρθρο Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(5):663-672¹⁵ δείχνει ότι στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές όπου διαμένουν οικογένειες με χαμηλό κυρίως εισόδημα καταφεύγουν ως επί το πλείστον στην διάγνωση και θεραπεία τους από ιδιώτες ιατρούς και χειρουργούς και αυτό διότι ο δημόσιος τομέας δεν καταφέρνει να παράσχει πλήρως τους διαθέσιμους πόρους για την παροχή της υγειονομικής φροντίδας στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Ένας άλλος λόγος στηρίζεται στους χρόνους αναμονής στα δημόσια νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις. Η αναγκαιότητα εκτέλεσης χειρουργείων άμεσα, έχει στρέψει άτομα σε ιδιωτικούς φορείς πληρώνοντας το ανάλογο αντίτιμο (out of pocket). Οι πληρωμές των χρηστών χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες στις άμεσες πληρωμές κάτι το οποίο εμφανίζεται συνήθως στον ιδιωτικό τομέα, στις άτυπες πληρωμές και στις θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος. Οι δυο

¹⁵<http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>

πρώτοι τρόποι είναι οι πιο συνήθεις μορφές πληρωμών των χρηστών στις χώρες της Ε.Ε. Το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων της ιδιωτικής δαπάνης αποτελούν οι άτυπες πληρωμές, όπου είναι πληρωμές χωρίς απόδειξη κυρίως για παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και πληρωμές σε γιατρούς, ως επί το πλείστον χειρουργούς με σκοπό την γρηγορότερη εισαγωγή των ασθενών στα χειρουργεία ή την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Ο τρόπος αυτός πληρωμής λόγω της μη καταγραφής οδηγεί σε απώλεια εσόδων για το κράτος αλλά και οικονομική επιβάρυνση για τα νοικοκυριά. Εν καιρώ κρίσης το φαινόμενο αυτό γίνεται όλο και πιο έντονο με τους ασθενείς να αδυνατούν να πληρώσουν και τους ιατρούς να μένουν αμετάβλητη στο ποσό της πληρωμής τους. Η ισχυρή ελεγκτική παρέμβαση από το κράτος είναι απαραίτητη σε τέτοιου είδους θέματα.

2.7 Ανακεφαλαίωση

Στόχος δεν είναι η μείωση της δαπάνης, αλλά η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ένα πληθυσμό. Διασφαλίζοντας την καλή υγεία μέσω των δαπανών για επενδύσεις στην υγεία με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και ανθρώπινο κεφάλαιο, μέσω των χρηματοδοτήσεων των συστημάτων υγείας, επιχορηγήσεων, κινήτρων και άλλων μέτρων που λαμβάνει το κράτος έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μειώνοντας έτσι, την θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται διεθνώς, αύξηση στις δαπάνες υγείας και φαρμάκου κυρίως λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της χρήσης ακριβής ιατρικής τεχνολογίας. Είναι λογικό ότι όταν ο πληθυσμός σε μια κοινωνία είναι υγιής και παραγωγικός η οικονομία της να ανθίζει αυξάνοντας έτσι το ΑΕΠ της με αποτέλεσμα να δαπανώνται χρήματα όχι μόνο για τα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη (κοινωνική πρόνοια), αλλά και για λοιπές δαπάνες οι οποίες θα ωφελήσουν το σύνολο της οικονομίας αυτής, ζώντας σε ένα καλύτερο και υγιέστερο περιβάλλον για όλους. Μην ξεχνάμε ότι η προαγωγή της υγείας μέσω των συστημάτων υγείας είναι μια οικονομική δραστηριότητα η οποία ενέχει κόστος αλλά και οφέλη.

Έτσι, εάν γίνει αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των πόρων και λειτουργιών, θα διασφαλιστεί η υγεία στο πληθυσμό, θα μειωθούν οι άσκοπες δαπάνες και θα δημιουργηθούν κέρδη για μελλοντικές ενέργειες. Ωστόσο, η υγεία σε μια κοινωνία δεν διασφαλίζεται μόνο μέσω της δαπάνης που γίνεται για υγεία αλλά καθορίζεται και από άλλους παράγοντες όπως είναι η μόρφωση, η εργασία καθώς και από την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το κράτος.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες στην αρνητική τους οπτική μπορούν να στραφούν σε μορφές κατάθλιψης, άγχους, κοινωνικού αποκλεισμού οδηγώντας τα άτομα στην κατανάλωση ηρεμιστικών και ψυχιατρικών φαρμάκων, αλκοολούχων ποτών καθώς και ανθυγιεινών για τον οργανισμό τροφών αυξάνοντας περαιτέρω την δαπάνη για φαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη.

Συμπεραίνουμε ότι, η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού αυξάνοντας τις δαπάνες για κακή υγεία, αλλά και την αποδοτική λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, η κοινωνική ασφάλιση και η κοινωνική προστασία έχουν καθοριστικό και απαραίτητο ρόλο στην προαγωγή των συστημάτων υγείας και συνεπώς στην υγεία του πληθυσμού με τις εκάστοτε δυσκολίες λόγω των δημόσιων ελλειμμάτων και την αυξημένη ανεργία οι οποίοι με την σειρά τους ασκούν πιέσεις στους προϋπολογισμούς υγείας σε συνδυασμό με την αυξημένη ζήτηση.

Κεφάλαιο 3

Κόστη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

3.1 Γενικά

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ανήκουν στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα παροχής υπηρεσιών υγείας, γεγονός που οδηγεί στην όλο και αυξημένη χρήση των δαπανών υγείας για εκπαίδευση του προσωπικού προς νέες μεθόδους ιατρικής πρακτικής, για χρήση και συντήρηση τεχνολογικών εργαλείων και μηχανημάτων, όπου συνυπολογίζοντας την κρισιμότητα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής λόγω της άγνωστης πορείας και έκβασης της υγείας του, δημιουργείται μια επιπλέον κοστοβόρα παροχή υπηρεσιών υγείας κάτι το οποίο ενέχει ειδικότερο ιατρικό και τεχνολογικό κόστος με επιπρόσθετο κόστος σε περίπτωση επανεισαγωγής για τους χρόνιους πάσχοντες. Προσθέτοντας, την λίστα αναμονής, τον αριθμό των κλινών, τους μισθούς των ιατρών και νοσηλευτών, τα φάρμακα καθώς και τον αναισθησιολογικό τομέα, σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν τα κόστη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και με ποιο τρόπο μπορούν να περιοριστούν.

3.2 Δαπάνες παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μ.Ε.Θ.

3.2.1 Κόστος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων

Για την μέτρηση του κόστους των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας χρησιμοποιούνται οι άμεσες και οι έμμεσες δαπάνες στις οποίες άμεσες δαπάνες εντάσσεται και μετράται το κόστος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων με τις αμοιβές των ιατρών και νοσηλευτών να μεταβάλλονται ανάλογα την ποσότητα των ιατρικών πράξεων δηλαδή, παραμένουν σταθερές για μια δεδομένη ποσότητα ασθενών και μεταβάλλονται όταν αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών. Ειδικότερα, ως κόστος υγείας, οι άμεσες δαπάνες αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι έμμεσες περιλαμβάνοντας σταθερά και μεταβλητά έξοδα όπως τον εξοπλισμό, την ανακαίνιση, την αγορά, την κατασκευή, την συντήρηση των μηχανημάτων και κτιρίων, τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας εκτός της καθαριότητας και των γενικών εξόδων οι οποίες περιλαμβάνονται στις έμμεσες δαπάνες.

Η μη εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας επιφέρει πρόσθετο κόστος. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο, όταν οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν ασκούν αποδοτικά τα καθήκοντά τους να αυξάνεται το κόστος παροχής φροντίδας υγείας λόγω της δαπάνης χρόνου και αναλώσιμων υλικών που διαφορετικά θα είχαν

αποφευχθεί, ιδιαίτερα στην περίπτωση των Μ.Ε.Θ. όπου οι παράγοντες αυτοί είναι κρίσιμης σημασίας για τον τομέα της υγείας, έτσι στοχεύοντας στην εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας μειώνονται οι δαπάνες για αλόγιστη χρήση των περιορισμένων πόρων υγείας και φυσικά του χρόνου ο οποίος έχει σοβαρή σημασία στην έκβαση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή αυτής της σταθεροποίησης της υγείας του ασθενούς και όχι της θέσης του σε μελλοντικό κίνδυνο.

3.2.2 Αναισθησιολογικός τομέας

Ο αναισθησιολογικός τομέας πέρα των πολλών ωφελειών που προσφέρει, βοηθάει και στην θεραπεία των οξέων περιστατικών ασθενών όπου βρίσκονται στις Μ.Ε.Θ.

Η αποδοτικότερη λειτουργία του τμήματος αυτού, εκτός της βέλτιστης χωροταξικής του δομής στον οποία θα πρέπει να είναι διαμορφωμένο μέσα στο νοσοκομείο, χρειάζεται και την εξειδίκευση του προσωπικού με ευρείς γνώσεις για την κάλυψη διαφορετικών κάθε φορά περιστατικών όπου σε συνδυασμό με την αρίστη επικοινωνία μεταξύ τους αλλά και αυτού με το προσωπικό των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου, θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του χρόνου αναμονής ασθενών που περιμένουν την εισαγωγή τους στα χειρουργεία όντας ενήμεροι πάντα οι αρμόδιοι τόσο για την ύπαρξη κενών κλινών όσο και των βασικών ιατρικών υλικών και πόρων για την διενέργεια των ιατρικών πράξεων.

Η αποτελεσματική λειτουργία του αναισθησιολογικού τομέα εκτός του ότι θα μειώσει αρκετά το άσκοπο κόστος, θα οδηγήσει στην μείωση της απερίσκεπτης μόνιμης βλάβης και θνησιμότητας των ασθενών, κάτι το οποίο θεωρείται ως ο βασικότερος κανόνας, στόχος αλλά και λόγος ύπαρξης και λειτουργίας των μονάδων υγείας.

3.2.3 Ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις

Οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις είναι ένας σημαντικός παράγοντας αύξησης του κόστους λειτουργίας των ΜΕΘ. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έδειξε ότι κάθε χρόνο 3.000 άτομα καταλήγουν στο θάνατο λόγω λοιμώξεων εντός του νοσοκομείου και αρκετοί βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση από την προσβολή των μικροβίων στον οργανισμό τους. Στατιστικός, 10% είναι το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε αυτή την θέση αυξάνοντας την χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων και την παραμονή τους στα νοσοκομεία έχοντας ως επακόλουθη συνέπεια εκτός της κατάταξης της χώρας μας σε μια από τις πρώτες θέσεις στον ευρωπαϊκό χώρο χορήγησης τέτοιου είδους φαρμακευτικών σκευασμάτων και στην

κράτηση των κλινών σε διπλάσιο χρόνο από τον κανονικό, καθυστερώντας έτσι μετέπειτα εισαγωγές ασθενών των οποίων οι ζωές βρίσκονται σε πολύ κρίσιμη κατάσταση και χρειάζονται άμεση θεραπευτική φροντίδα.¹⁶

3.2.4 Διαθέσιμες κλίνες

Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε τον Ιούνιο του 2016, στο σύνολο της η Ελλάδα διαθέτει 400.000 κλίνες εκ των οποίων οι 2.000 αναφέρονται σε κλίνες των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Η έλλειψη του προσωπικού σε συνδυασμό με τον σχετικά μικρό αριθμό παροχής κλινών στις ΜΕΘ, οι κλίνες που έχουν καταγραφεί σε λειτουργία υπολογίζονται στις 600, ένας αναλογικά μικρός αριθμός για το πλήθος των επειγόντων περιστατικών που καταφτάνουν στα νοσοκομεία λογαριάζοντας και τον αναξιοποίητο αριθμό των διαθέσιμων κλινών λόγω έλλειψης στελεχών.¹⁷

3.3 Τρόποι περιορισμού δαπανών στις Μ.Ε.Θ

Όπως είναι φανερό το κόστος που προκαλείται στις ΜΕΘ είναι αρκετά μεγάλο από οποιοδήποτε άλλο νοσηλευτικό τμήμα, ο αριθμός των κλινών, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ο αναισθησιολογικός τομέας, ο χρόνος παραμονής, οι επανεισαγωγές οι οποίες έχουν ως επακόλουθο την αύξηση των πόρων όπου θα είχαν αποφευχθεί διαφορετικά, είναι οι αιτίες δαπανών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αλλά και ο λόγος αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ειδικοί και εγκεκριμένοι δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και έλεγχο της πορείας εντός των προϋπολογισμών που έχουν τεθεί από τα εκάστοτε ιδρύματα.

3.3.1 Έλεγχος της ποιότητας στις Μ.Ε.Θ

Ο δείκτης της επανεισαγωγής των ασθενών στις Μ.Ε.Θ. έχει γίνει αποδεκτός παγκοσμίως ως ο πιο αξιόπιστος δείκτης για την εκτίμηση και καταγραφή της παρεχόμενης ποιότητας προς τους ασθενείς. Πρακτικά, η Αμερικανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (Society of Critical Care Medicine) διαπίστωσε ότι μπορεί να προσφερθεί ποιοτικά μια παρεχόμενη φροντίδα στις Μ.Ε.Θ, εάν στο χρονικό διάστημα εντός 48 ωρών παραμονής του ασθενούς στο δωμάτιο αποκατάστασης του δεν έχει γίνει επανεισαγωγή στην εντατική μονάδα. Παρακάτω γίνεται ανάλυση

¹⁶<https://www.protothema.gr/greece/article/329398/-3000-anthropoi-pethainoun-kathe-hrono-apo-endonosokomeiakas-loimoxeis/>

¹⁷https://www.typosthes.gr/thessaloniki/100069_mono-600-klines-stis-monades-entatikis-therapeias-leitoyrgoyn-stin-ellada

των αιτίων που διασαφηνίζουν την λειτουργία του δείκτη της επανεισαγωγής όσο αναφορά τον έλεγχο της ποιοτικής φροντίδας προς τους ασθενείς.

Πέραν της επιδείνωσης της υγείας των ασθενών από επιπλοκή στον οργανισμό, της λανθασμένης διενέργειας των εγχειρητικών πράξεων που πιθανόν να οδηγήσει σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και γενικά της λανθάνουσας παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή, υπάρχουν λόγοι που οξύνουν την επανεισαγωγή των ασθενών, όπως η απόφαση που ορίζει την παράδοση των εξιτηρίων στους ασθενείς για την εισαγωγή τους από την μονάδα εντατικής θεραπείας στο νοσηλευτικό τμήμα, δηλαδή με ποια κριτήρια ο θεράπωντων ιατρός, τα μέλη που απαρτίζουν την ομάδα φροντίδας της Μ.Ε.Θ. μαζί με την γνώμη του ιατρού της κλινικής καταλήγουν σε κοινή απόφαση για παράδοση εξιτηρίου στον ασθενή, με αυτό τον τρόπο ελέγχεται η ορθότητα των πράξεων του προσωπικού σε ένα νοσοκομείο. Μια τέτοια λάθος απόφαση θα έχει ως συνέπεια την παραμονή του ασθενούς πλην της μονάδας αυτής μη έχοντας την άμεση παρακολούθηση και εποπτεία που θα μπορούσε να του παρέχουν οι εντατικολόγοι διαφορετικά, δηλαδή η μεταφορά του ασθενούς σε θάλαμο με όχι και τόσο εξειδικευμένα μηχανήματα, προσωπικό και πόρους ωθούν σε πιθανότητα επανεισαγωγής και τελικός κατανάλωσης επιπλέον πόρων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Το φαινόμενο αυτό γίνεται εντονότερο, κυρίως, όταν τα εξιτήρια δίνονται απόγευμα προς βράδυ όπου το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρκετά μειωμένο από αυτό των πρωινών ωρών και ο έλεγχος ελαττώνεται. Συμπεραίνοντας, παράγοντες που ωθούν την επανεισαγωγή του ασθενούς στην μονάδα εντατικής θεραπείας γνωστοί ως παράγοντες κινδύνου είναι το φύλο, η ηλικία, η προέλευση της εισαγωγής, η αρχική νόσος, ο χρόνος νοσηλείας πριν την εισαγωγή στην ΜΕΘ και η μετεγχειρητική φροντίδα που απαιτείται. Να αναφέρουμε σε αυτή την περίπτωση ότι, η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, καθώς και μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι συχνά φαινόμενα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας τα οποία είτε προϋπήρχαν και επιδεινώθηκαν είτε δημιουργήθηκαν αργότερα πιθανόν από λανθάνουσα ιατρική πράξη ή παρατροπή του οργανισμού που μπορεί να σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, την ασθένεια.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας γνωρίζοντας ότι κάθε οργανισμός δρα διαφορετικά και επιδέχεται διαφορετική μεταχείριση.

3.3.2 Στρατηγικές ελάττωσης των επανεισαγωγών

Οι επανεισαγωγές, όπως έγινε γνωστό από την προηγούμενη ενότητα, είναι μια σοβαρή αίτια αύξησης του κόστους στις ΜΕΘ. Εκτός της λεπτότητας του χειρισμού

από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας για μείωση του φαινομένου έχουν δημιουργηθεί δυο τρόποι περιορισμού του.

Ο νοσηλευτής «διασύνδεσης» και οι εξωτερικές ομάδες «συνέχισης της εντατικής φροντίδας» είναι δυο στρατηγικές ελάττωσης των επανεισαγωγών στις Μ.Ε.Θ., δεν σχετίζονται άμεσα με τους παράγοντες κινδύνου αλλά με την ομαλή μετάβαση του ασθενούς και την παραμονή του στο θάλαμο νοσηλείας μέχρι την ανάρρωσή του που θα του επιτρέψει την εξαγωγή του από το νοσοκομείο. Σκοπός του νοσηλευτή «διασύνδεσης» είναι να εκπαιδεύει και να υποστηρίζει τους νοσηλευτές των κλινικών, δίνοντας τους την δυνατότητα να προσφέρουν τη σχετική φροντίδα που θα τους προσέφεραν οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας μειώνοντας την πιθανότητα κατανάλωσης πόρων, εξειδικευμένων μηχανημάτων, προσωπικού και διαθέσιμων κλινών των Μ.Ε.Θ. και διάθεσης τους για νεοεισερχόμενα περιστατικά επείγουσας φροντίδας. Επίσης, ο νοσηλευτής «διασύνδεσης» επιτυγχάνει την προαγωγή της επικοινωνίας που χρειάζεται μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, κλινικών και Μ.Ε.Θ., οδηγώντας στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου σε θέματα εισαγωγής και εξαγωγής ασθενών αρμονικά αλλά και σε θέματα που αφορούν την διαχείριση των πόρων ορθολογικά. Η δεύτερη στρατηγική ελάττωσης των επανεισαγωγών είναι οι εξωτερικές ομάδες «συνέχισης της εντατικής φροντίδας» που σκοπό έχουν την συνέχιση της φροντίδας των ασθενών εκτός νοσοκομείου για την αποφυγή ενδεχομένου υποτροπής της υγείας τους και εισαγωγής τους ξανά στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι εξωτερικές ομάδες «συνέχισης της εντατικής φροντίδας» μπορεί να θεωρηθούν τα κέντρα αποκατάστασης για την φυσικοθεραπεία του ασθενούς για την δραστηριοποίηση και ένταξή του ξανά στην κοινωνία, να επισημάνουμε ότι, δεν δρουν όπως οι ιατροί των νοσοκομείων σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

3.3.3 Εργαλεία αξιολόγησης της υγείας του ασθενούς

Οι αποφάσεις πάνω στις οποίες θα πρέπει να στηριχτούν οι αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας για να θεωρήσουν ότι ένας ασθενείς είναι έτοιμος να πάρει εξιτήριο από την μονάδα εντατικής θεραπείας, καθορίζεται βάση διαφόρων κλιμακίων, οι πιο διαδεδομένοι εξ' αυτών είναι η κλίμακα Γλασκώβης, η Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II και III), η Simplified Acute Physiology Score (SAPS II και III), η Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), με συχνότερη εφαρμογή αυτής της APACHE II, όπου εκτός της ηλικίας και του ιστορικού του ασθενούς, λαμβάνει υπόψη την χειρότερη τιμή ενός συγκεκριμένου πλήθους μεταβλητών όπως την οξυγόνωση, την μέση αρτηριακή πίεση, την καρδιακή συχνότητα για το πρώτο 24ωρο διαμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας και έπειτα της SOFA, όπου περιγράφει τη βαρύτητα σημαντικών οργανικών ανεπαρκειών λόγω βαριάς σηπτικής κατάστασης, όπως του κεντρικού

νευρικού συστήματος, της νεφρικής λειτουργίας, του καρδιαγγειακού συστήματος, έτσι με την επαναληπτική διαδικασία της εφαρμογής αυτής σε ασθενείς για όσο χρονικό διάστημα παραμένουν στην Μ.Ε.Θ. εκτιμάται ποσοτικά η πορεία της υγείας τους. Η κλίμακα Γλασκώβης χρησιμοποιείται για ειδικούς τύπους σθενών με διαφορετικής βαρύτητας αναπηρίας, παραδείγματος χάριν μετά από εγκεφαλική βλάβη πιο είναι το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς μετρώντας την όραση, την κίνηση και την ομιλία του.¹⁸ Όλες αυτές οι κλίμακες αποσκοπούν στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, με την συλλογή και καταγραφή στοιχείων είτε κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Μ.Ε.Θ. είτε κατά την παραμονή του ασθενούς σε αυτήν με τελικό σκοπό την πρόβλεψη της έκβασης της υγείας του στο εάν επέρχεται βελτίωση και τότε υπολογίζεται να συμβεί με βάση την βαρύτητα της νόσου.

Ο ειδικότερος σκοπός αυτών των κλιμάκων αξιολόγησης της υγείας του ασθενούς σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας γίνεται κυρίως, για τον καθορισμό της ποιοτικής λειτουργίας των μονάδων αυτών οδηγώντας σε μια αποδοτικότερη κατανομή των πόρων, για την αξιολόγηση των αναγκών των υπηρεσιών υγείας και τέλος για μελέτες συγκρίνοντας ομάδες ασθενών και αξιολογώντας τις εκβάσεις αυτών.¹⁹ Όλα αυτά στοχεύουν στην καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη βέλτιστη ενημέρωση και θεραπεία του ασθενούς λαμβάνοντας άριστες κλινικές αποφάσεις.

3.3.4 Εργαλεία αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας

Διάφορα εργαλεία έχουν σχεδιαστεί για να συμπληρώσουν και βοηθήσουν στον τρόπο παρέμβασης της υγείας του ασθενούς, τα πιο ευρέως διαδεδομένα εξ' αυτών είναι το Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) και το Nursing Activities Score (NAS) που σκοπό έχουν την αξιολόγηση της βέλτιστης παροχής υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των νοσηλευτών. Το TISS είναι ένα εργαλείο υπολογισμού του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας στις μονάδες εντατικής θεραπείας για τη βέλτιστη παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς οργανώνοντας καλύτερα τόσο την αναλογική κατανομή όσο και αξιοποίηση του προσωπικού της ΜΕΘ. Επίσης βοηθά το διοικητικό προσωπικό, στο σχεδιασμό πρωτοκόλλων εργασίας στις μονάδες αυτές, μέσω μελετών, υπολογίζοντας τον τρόπο ορθότερης νοσηλευτικής

¹⁸<https://defensegr.wordpress.com/2017/08/11/prwtes-bohtheies-klimaka-glaskwbhs/>

¹⁹https://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_22/6.pdf.PDF

πρακτικής λαμβάνοντας υπόψη τον χρόνο περίθαλψης των ασθενών, την πιθανή έλλειψη προσωπικού, την κόπωση υπό την οποία βρίσκεται ο νοσηλευτής λόγω έλλειψης προσωπικού, το πότε χρονικά μέσα στην μέρα απαιτείται εντονότερη νοσηλευτική φροντίδα, την ανάγκη επιπλέον μόρφωσης του νοσηλευτή, αξιοποιώντας κατάλληλα το προσωπικό της γνωρίζοντας πάντα το πλήθος των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνει ένας νοσηλευτής μέσα στη ημέρα μαζί με τα διαλλείματα που δικαιούται.

Το εργαλείο NAS είναι μια τροποποιημένη και πιο εξελιγμένη έκδοση του TISS περιέχοντας πέντε επιπλέον μεταβλητές αξιολόγησης, την παρακολούθηση και την ογκολογική ανάλυση, τις διαδικασίες υγιεινής που ακολουθούνται, την κινητοποίηση των νοσηλευτών από την στιγμή που φτάνει ο ασθενής στο νοσοκομείο και τοποθέτηση του στην κλίνη, την υποστήριξη και φροντίδα των συγγενών των ασθενών, τα διοικητικά καθήκοντα καθώς και τις ιατρικές παρεμβάσεις, όπου προσθέτοντας τον ατομικό χρόνο διενέργειας των μεταβλητών αυτών προκύπτει ο συνολικός χρόνος που απαιτείται από τους νοσηλευτές για την λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Αν και μελέτες έδειξαν ότι ο NAS είναι ένας πιο αντιπροσωπευτικός και πιο διαδεδομένος δείκτης αξιολόγησης της δραστηριότητας των νοσηλευτών στην πράξη, με συγκεκριμένο τρόπο υπολογισμού, δεν εκλείπει από ερμηνευτικά προβλήματα κυρίως λόγω του διαφορετικού τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων διεθνώς και την ελλιπής συλλογή στοιχείων. Μια καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη εφαρμογή του NAS θα έχει ως αποτέλεσμα την κατανόηση και ομοιομορφία που χρειάζεται η χρήση του τόσο από τους νοσηλευτές, όσο από τους ερευνητές προσεγγίζοντας τις πραγματικές απαιτήσεις εργασίας στις ΜΕΘ, για μια αποτελεσματικότερη επένδυση σε ανθρωπίνους και υλικούς πόρους, βελτιστοποιώντας την ποιότητα της περίθαλψης και την ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών υγείας με τελικό στόχο στην μείωση του κόστους που τόσο ο τομέας της υγείας έχει ανάγκη. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, μια διαφορά που διακρίνει το TISS από το NAS είναι ότι, στην περίπτωση του NAS υπάρχουν και χρησιμοποιούνται περισσότερες μεταβλητές για την μέτρηση των νοσηλευτικών πράξεων στις ΜΕΘ, οδηγώντας σε πιο αξιόπιστα και πραγματικά δεδομένα βάση της καθημερινής λειτουργίας της μονάδας και δεύτερον, ο NAS δεν βασίζεται στην σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς που δέχεται την θεραπεία αλλά στον πραγματικό χρόνο παραμονής – στην χρονική διάρκεια που δαπανάται, για την διενέργεια των νοσηλευτικών καθηκόντων.²⁰

²⁰https://www.researchgate.net/publication/316687700_Nursing_Activities_Score

3.3.5 Κριτήρια εισαγωγής στις ΜΕΘ

Άλλος ένας λόγος περιορισμού του κόστους των δαπανών βασίζεται στο ερώτημα με πιο κριτήριο εισήχθη ο ασθενής στην μονάδα εντατικής θεραπείας. Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω η νοσηλεία σε τμήμα εντατικής θεραπείας είναι αρκετά πιο κοστοβόρα από την απλή νοσηλεία σε ένα νοσηλευτικό τμήμα του νοσοκομείου. Έτσι λαμβάνοντας υπόψη μοντέλα κριτηρίων εισαγωγής στις ΜΕΘ αποτρέπεται το επιπρόσθετο κόστος στοχεύοντας στη λήψη της ορθότερης απόφασης.

Το πρώτο μοντέλο επεξεργασίας για τον καθορισμό εισαγωγής του ασθενούς στην μονάδα εντατικής θεραπείας είναι το μοντέλο προτεραιότητας. Το μοντέλο αυτό χωρίζεται σε 4 κατηγορίες, στην πρώτη κατηγορία, προτεραιότητα 1 εντάσσονται ασθενείς άμεσης εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης στην οποία βρίσκονται και η οποία χρήζει άμεσης παρακολούθησης και μηχανικής υποστήριξης. Στην προτεραιότητα 2 κατατάσσονται χρόνιοι πάσχοντες, οι οποίοι χρειάζονται παρακολούθηση και ιατρική παρέμβαση σε απρόβλεπτες καταστάσεις της υγείας τους. Στην προτεραιότητα 3 κατηγοριοποιούνται ασθενείς χωρίς αυξημένο ποσοστό ανάρρωσης λόγω μετέπειτα επιπλοκών στην υγεία τους και νοσημάτων, δυσχεραίνοντας έτσι την θεραπεία τους, ακολουθούμενοι από περιορισμένη εντατική θεραπευτική ιατρική δράση, βάση συγκεκριμένων πλαισίων. Τέλος, στην προτεραιότητα 4 βρίσκονται ασθενείς με ελάχιστο ή μηδενικό όφελος μιας εισόδου τους στην μονάδα εντατικής θεραπείας είτε γιατί θα μπορούσαν να δεχτούν την ίδια θεραπεία εκτός ΜΕΘ, είτε γιατί η πάθηση τους δεν επιδέχεται περεταίρω θεραπεία και ο ασθενής οδεύει σε θάνατο, εκτός αυτών αν είναι απαραίτητη η εισαγωγή τους θα κριθεί ατομικά από τον Διευθυντή της ΜΕΘ.

Ένα άλλο μοντέλο καθορισμού εισαγωγής στην ΜΕΘ είναι το μοντέλο διάγνωσης, όπου κρίνοντας την κατάσταση της υγείας του ασθενούς όσο αναφορά το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το νευρικό, το γαστρεντερικό, το ενδοκρινικό του σύστημα καθώς και τις διαταραχές του μεταβολισμού και των ηλεκτρολυτών, την υπερδοσολογία φαρμάκων και την χειρουργική του κατάσταση, καθορίζεται η εισαγωγή ή μη εισαγωγή του ασθενούς στην μονάδα εντατικής θεραπείας.

Τέλος, ορίζεται το μοντέλο φυσιολογικών παραμέτρων όπου αφορά προκαθορισμένες τροποποιήσιμες τιμές συγκεκριμένων μεταβλητών ανάλογα με τις ανάγκες του τόπου στον οποίο λαμβάνουν χώρα και των οποίων οι μετρήσεις τελέστηκαν από συγκεκριμένες κλινικές. Οι μεταβλητές αυτές περιλαμβάνουν ζωτικά σημεία του ασθενούς, εργαστηριακές τιμές, απεικονιστικά ευρήματα, ηλεκτοκαρδιογραφικά ευρήματα και ευρήματα από την κλινική εξέταση.

3.4 Ανακεφαλαίωση

Το υψηλό κόστος των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι ένα θέμα ύψιστης σημασίας και συζήτησης για το τι προκαλεί την κατάταξη του τμήματος αυτού της

υγείας στην πιο κοστοβόρα διαδικασία θεραπείας των ασθενών, αλλά και με τι μέσα μπορεί να περιοριστεί το φαινόμενο αυτό έχοντας κατά νου την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Στόχος είναι ο περιορισμός του κόστους ώστε να μην επηρεάζεται η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου παρέχοντας την πλήρη εξυπηρέτηση και θεραπεία του ασθενή περιορίζοντας συνάμα τα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας, κάτι το οποίο επιδιώκεται κυρίως μέσω της παρακολούθησης των διαδικασιών και καθηκόντων που διενεργούνται μέσα σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας.

Για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των ΜΕΘ η γνώση και η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι προαπαιτούμενο για την ορθή διαχείριση των εξειδικευμένων εργαλείων και μηχανημάτων που έχουν στην διάθεσή τους, όπου μαζί με τη βέλτιστη διαχείριση του χρόνου τους μέσω βοηθητικών δεικτών αξιολόγησης μειώνουν ταυτόχρονα, την θνησιμότητα και νοσηρότητα αλλά και την αλόγιστη χρήση των περιορισμένων πόρων. Επίσης, με τη σωστή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών μέσα στην ΜΕΘ αλλά και αυτής με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, επιτυγχάνεται τόσο η ομαλότερη μετάβαση των ασθενών στην νοσηλευτική μονάδα για ανάρρωση, όσο η αύξηση της διάθεσης κλινών στις ΜΕΘ, όντας οι ειδικοί πιο ενήμεροι για την κατάσταση της υγείας των ασθενών τους οδηγώντας στην λήψη ορθολογικότερων αποφάσεων.

Συμπεραίνοντας, όλα τα τμήματα ενός νοσοκομείου ενέχουν κόστος με αυτό των μονάδων εντατικής θεραπείας να είναι εντονότερο λόγω της εξειδικευμένης γνώσης που χρειάζεται για την χρήση και συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού που διαθέτει. Η άρτια εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να σχετίζεται με την αντίληψη της κατάστασης του ασθενή και αξιολογώντας κατάλληλα να πορευθεί τόσο στον χρόνο όσο και στις αποφάσεις που πρέπει να πάρει για την ποιοτικότερη διαχείριση του κόστους των πράξεων τους.

Κεφάλαιο 4

Χρηματοδότηση της Υγείας

4.1 Γενικά

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες που έχει ο κλάδος της υγείας και τους περιορισμούς που λειτουργούν ως εμπόδιο στην ομαλή διαχείριση και άνθηση του, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται λόγος στον τρόπο ελάττωσης της αβεβαιότητας της υγείας μέσω της χρηματοδότησης επενδυτικών κεφαλαίων στην υγεία και ανέλιξης της.

4.2 Χρηματοδότηση της υγείας

Η χρηματοδότηση της υγείας όσο αναφορά την προσφορά κεφαλαίων από την πλευρά των επενδυτών για δημόσια και ιδιωτικά έργα, θεωρείται ο σημαντικότερος λόγος ανάπτυξης και εξέλιξης του κλάδου διότι επικεντρώνεται τόσο στην διασφάλιση της υγείας των κρατών μελών, όσο στην εργασιακή παραγωγικότητα και εν τέλει ανταγωνιστικότητα των χωρών.²¹ Πιο συγκεκριμένα, εστιάζοντας στον τομέα της υγείας φαίνεται η αναγκαιότητα της καινοτομίας τόσο στον άνθρωπο όσο στα ιατρικά και τεχνολογικά μηχανήματα για την μέγιστη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και προστασίας των από μελλοντικές προκλήσεις. Γενικά, ο κλάδος της υγείας στηρίζεται σε συνεχείς ανακαλύψεις με σκοπό την προαγωγή και πρόληψη του ανθρώπινου οργανισμού κάτι το οποίο εμπεριέχει υψηλό βαθμό αβεβαιότητας και κινδύνου όσο αναφορά την ορθολογική τοποθέτηση των επενδυτικών κεφαλαίων. Εν ολίγης, λόγω του υψηλού κόστους διαχείρισης και πολυπλοκότητας της επιστήμης της υγείας και των δαπανών της, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση και την μεταβολή των ορίων ηλικίας και αναγκών των ανθρώπων, σημαντικός λόγος γίνεται στον επιτακτικό έλεγχο και στην επαρκή χρηματοδότηση των χωρών αυτών από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου κυρίαρχο στόχο έχει την προστασία των κρατών μελών της.

Η χρηματοδότηση αυτή έχει ως στόχο την δημιουργία θέσεων εργασίας προσδοκώντας διαχρονική ανέλκυση της οικονομίας, δημιουργώντας ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, μετελική βλέψη την ευρωπαϊκή συνοχή και αναζωογόνηση την δραστηριότητας της οικονομίας κάθε λαού.

²¹https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/investment-plan_sector_specific_factsheet_sante_online_el.pdf

4.3 Ευρωπαϊκή Χρηματοδότηση

Γνωρίζοντας ότι, μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ της ΕΕ, 10% προέρχεται από τον τομέα της υγείας και η αντίστοιχη απασχόληση ανέρχεται το 8% του συνολικού ευρωπαϊκού εργατικού δυναμικού²², οι επενδύσεις στον κλάδο της υγείας θεωρούνται αρκετά προσοδοφόρες για την οικονομία της Ευρώπης στο σύνολο.

4.3.1 Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων (ΕΤΕπ)

Η ΕΤΕπ ιδρύθηκε για να συμμετέχει μαζί με το Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε θέματα κανόνων και διαδικασιών που αφορούν χρηματοδοτήσεις της Ε.Ε. Σκοπός της είναι να προωθεί και να χρηματοδοτεί τις πράξεις του ΕΤΣΕ βάση του Κανονισμού (ΕΕ) 2015/1017²³.

4.3.2 Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (ΕΤΣΕ)

Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων (ΕΤΣΕ)²⁴ δημιουργήθηκε από το ευρωπαϊκό συμβούλιο για να συμπληρώσει τις δραστηριότητες και χρηματοδοτήσεις της ΕΤΕπ, στοχεύοντας στην αβεβαιότητα που έχουν οι ιδιωτικές επενδύσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται ως επενδύσεις υψηλού κινδύνου στοχεύοντας πάντα σε βιώσιμες λύσεις βάση όρων και κανόνων που έχουν τεθεί από την Επιτροπή και την ΕΤΕπ. Η χρηματοδοτική στήριξη προέρχεται είτε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την ΕΤΕπ μέσω του ευρωπαϊκού προϋπολογισμού είτε από επιχορηγήσεις και χρηματοδοτικά μέσα των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση των αποτυχιών της αγοράς που διαφορετικά δεν θα είχαν χρηματοδοτηθεί λόγω του υψηλού κινδύνου, μειώνοντας έτσι τα επενδυτικά χάσματα. Η έρευνα, η ανάπτυξη η καινοτομία, η ανακαίνιση σε νέες κτηριακές εγκαταστάσεις και σύγχρονο εξοπλισμό, η κατάρτιση του ανθρωπίνου δυναμικού και η υγεία είναι στόχοι της επιστήμης της υγείας οι οποίοι έχουν κόστος προς υλοποίηση και το ΕΤΣΕ είναι πρόθυμο να στηρίξει. Εν ολίγοις, στήθηκε εντός της ΕΤΕπ για την προώθηση δημόσιων και ιδιωτικών επενδυτικών έργων.

Για την περεταίρω μείωση της αβεβαιότητας και ενίσχυση της διαφάνειας προσελκύνοντας περισσότερους επενδυτές, δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την ΕΤΕπ, η Ευρωπαϊκή Πύλη Επενδυτικών Έργων (ΕΠΕΕ), που σκοπό έχει την καταγραφή χρήσιμων πληροφοριών για ενημέρωση ως προς την βιωσιμότητα των έργων προς διεκπεραίωση.

²²https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/investment-plan_sector_specific_factsheet_sante_online_el.pdf

²³<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/el/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015R1017&from=EN>

²⁴<https://hba.gr/epikairotita/UplFiles/EFSI%20Key%20Features.pdf>

Επίσης, για την καταπολέμηση της διαφθοράς ως προς την διαχείριση των χρηματοδοτικών πιστώσεων δημιουργήθηκε η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης – European Anti-Fraud Office (OLAF) όπου ενημερώνεται από την ΕΤΕπ για τυχόν παρατυπίες, ενισχύοντας τον έλεγχο ιδιαίτερα σε περιπτώσεις επενδύσεων υψηλού κινδύνου όπου κάτι τέτοιο θα έθετε την βιωσιμότητα των έργων ασύμφορη για την ίδια την επένδυση αλλά και για ολόκληρη την οικονομία ειδικότερα.

4.4 Χρηματοδοτήσεις στην πράξη

4.4.1 Ελλάδα²⁵

Το 2017 η ΕΤΕπ μαζί με το Ευρωπαϊκό Επενδυτικό Ταμείο χρηματοδότησαν με 2,5 δισεκατομμύρια ευρώ την ελληνική αγορά για επενδύσεις.²⁶

4.4.2 Ισπανία

Η Ισπανία δέχτηκε χρηματοδότηση από την ΕΤΕπ μέσω του ΕΤΣΕ ποσού 100 εκατ. ευρώ το οποίο αντιστοιχούσε στο 41% του ολικού κόστους του έργου για έρευνα και ανάπτυξη με σκοπό την βελτίωση ιατρικών θεραπειών όπως το Alzheimer, την αγγειακή και καρδιαγγειακή χειρουργική.²⁷

4.4.3 Αγγλία

Η Αγγλία χρειάστηκε να χρηματοδοτηθεί με 148 εκατ. ευρώ το οποίο αντιστοιχούσε στο 32% του ολικού κόστους του έργου για την κατασκευή νέου πανεπιστημιακού νοσοκομείου σε εγκαταλελειμμένη βιομηχανική περιοχή.²⁸

²⁵ Ανάγκη για χρηματοδότηση εδώ :<http://www.1dype.gov.gr/wp-content/uploads/2014/10/sindiaskepsi2.pdf>

²⁶ <https://www.nooz.gr/economy/1500908/etep--neo-programma-chrimatodotisis-ellinikwn-epicheirisewn-ypsoys-400-ek->

²⁷ & ²⁸ https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/investment-plan_sector_specific_factsheet_sante_online_el.pdf

4.4.4 Ιρλανδία

Η Ιρλανδία χρηματοδοτήθηκε επίσης από την ΕΤΕπ μέσω του ΕΤΣΕ για την ίδρυση νέων κέντρων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την χώρα, ποσού 70 εκατ. ευρώ, δηλαδή το 50% του ολικού κόστους του έργου.²⁹

Ανακεφαλαίωση

Οι χρηματοδοτήσεις των επενδύσεων στην υγεία είναι επιτακτικής σημασίας, διότι είναι επενδύσεις υψηλού κινδύνου καθώς ο κλάδος αυτής της επιστήμης διακρίνεται από αβεβαιότητα ως προς την ορθολογικότερη τοποθέτηση των περιορισμένων πόρων που διαθέτει και επιπλέον χρειάζεται έλεγχο για την πορεία και εξέλιξη της ανάπτυξης της σε βάθος χρόνου. Στο κεφάλαιο αυτό έγινε φανερό ότι, οι επενδύσεις στην υγεία έχουν υψηλό κόστος, τόσο στην εκτέλεση τους όσο στην διαχείριση τους μακροπρόθεσμα με σκοπό την εξασφάλιση του βέλτιστου αποτελέσματος, ωστόσο βασικότερος σκοπός είναι η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού σε συνδυασμό με την αύξηση της οικονομίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάτι το οποίο είναι αλληλένδετο. Με το να γίνονται χρηματοδοτήσεις για επενδύσεις στην υγεία ο λαός καταλήγει να είναι υγιέστερος μειώνοντας την ανάγκη για επιπλέον κατανάλωση πόρων σε αυτό το τομέα και οδηγώντας τον στο να είναι πιο παραγωγικός αυξάνοντας εν τέλει την οικονομία και ανταγωνιστικότητα μεταξύ των χωρών μελών της Ευρώπης.

Τέλος, εκτός των χρηματοδοτήσεων είναι σημαντική η προσφορά δωρεών που γίνεται με σκοπό την ενίσχυση της υγείας σε μια κοινωνία. Ιδρύματα μαζί με οργανισμούς του εσωτερικού και εξωτερικού συνεργάζονται για κοινό σκοπό που αποσκοπεί στον εκσυγχρονισμό τομέων της υγείας που έχουν ανάγκη. Δεκαέξι εκατ. ευρώ δόθηκαν για την αγορά επτά νέων γραμμικών επιταχυντών σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας, για τον εκσυγχρονισμό όλων των ΜΕΘ Παιδών καθώς και για την ίδρυση φιλοξενούμενων χώρων στα νοσοκομεία για τους συγγενείς των ασθενών σε κάθε περιοχή της Ελλάδας.³⁰

Συμπεραίνοντας, θα πρέπει να υπάρξει κοινή προσπάθεια συνεργασιών από το εσωτερικό και εξωτερικό, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, ιδρύματα και οργανισμούς για την διασφάλιση με χρηματοδοτήσεις και δωρεές για τον κλάδο της

²⁹https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/investment-plan_sector_specific_factsheet_sante_online_el.pdf

³⁰<http://www.ant1news.gr/news/Economy/article/488135/idryma-niarxos-dorees-200-ek-eyro-gia-new-nosokomeia-ekab-kai-meth-paidon>

υγείας ο οποίος βρίσκεται σε ιδιαίτερη οικονομική ανάγκη για την προώθηση της υγείας στον ευρύτερο πληθυσμό.

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα και Προτάσεις

Από τα παραπάνω κεφάλαια γίνεται φανερό η δυσκολία στην επεξεργασία και διαχείριση των δαπανών υγείας και γενικότερα της υγείας λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών από των οποίων αποτελείται η σύσταση της καθώς και η δυσκολία στην ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας λόγω των χρόνιων και βαρέων μορφών παθήσεων όπου επιδέχονται ειδικότερου χειρισμού και κόστους.

Στο 1^ο κεφάλαιο έγινε κυρίαρχη η παρουσία της ανισότητας που υπάρχει μεταξύ των χωρών ως το βασικότερο στοιχείο το οποίο εμποδίζει την ανάπτυξη του κλάδου της υγείας επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο αξιολόγησης των δεικτών υγείας, την ισότητα, την ποιότητα, την αποδοτικότητα, την νοσηρότητα και τέλος την θνησιμότητα έτσι ώστε με καθορισμένους στόχους και προγραμματισμό να ταξινομηθούν βέλτιστα οι διαθέσιμοι πόροι. Παρουσιάστηκαν τα συστήματα υγείας των χωρών της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιταλίας, της Ισπανίας και τέλος της Δανίας, οι μορφές χρηματοδότησης των συστημάτων αυτών τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους καθώς και η αποδοτική λειτουργία των ως προς τα επερχόμενα κόστη επεξηγώντας παράλληλα τους δυο τρόπους μέτρησης του κόστους των ΜΕΘ. Επιπλέον, αναλύθηκαν τα επίπεδα φροντίδας των υπηρεσιών υγείας από τα οποία μπορεί να περάσει ένας ασθενής ανάλογα της σοβαρότητας της υγείας του, δίνοντας περισσότερη έμφαση στην υλικοτεχνική και χωροταξική δομή των μονάδων εντατικής φροντίδας η οποία στηρίζεται στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας βασιζόμενη στο θέμα της διπλωματικής εργασίας.

Στο 2^ο κεφάλαιο έγινε αναφορά στην προσφορά και ζήτηση δαπανών υγείας, στις κατηγορίες από τις οποίες αποτελούνται οι δαπάνες υγείας, στο τι προκαλεί την μεταβολή τους – προσδιοριστικοί παράγοντες, καθώς και στον τρόπο υπολογισμού και χρηματοδότησης των. Έγινε κατανοητό ότι διαφορετικές ανάγκες μιας χώρας θα οδηγήσουν σε διαφορετική ζήτηση και αντίστοιχη προσφορά. Έτσι λαμβάνοντας υπόψη κυρίως την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας ως κυρίαρχου παράγοντα προώθησης της υγείας, ξετυλίχθηκαν και αναλύθηκαν και άλλοι παράγοντες προς διερεύνηση όπως ο τόπος ζωής, η ηλικιακή ομάδα, η οικονομική δυνατότητα, η γεωγραφική θέση ανάλογα τις ασθένειες από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς, ωθώντας την αντίστοιχη προσφορά υγείας είτε αυτή αναφέρεται σε νέα τεχνολογικά μέσα, πρόσληψη προσωπικού και άλλων μεθόδων προώθησης της υγείας ρυθμιζόμενων από το κράτος που σκοπό έχουν την αύξηση της βραχυχρόνιας δαπάνης υγείας με τελική έκβαση της μελλοντική μείωση του κόστους από την καλύτερευση της υγείας του πληθυσμού. Έτσι αναφέρθηκε ότι,

όσο μια χώρα είναι οικονομικά ανεπτυγμένη τόσο ο λαός της θα έχει την οικονομική ευχέρεια να δαπανήσει χρήματα για την υγεία του και το κράτος θα μπορέσει να προώθηση τον τομέα της υγείας ορθολογικότερα σε θέματα υλικοτεχνικών υποδομών, τεχνολογικών μέσων, έρευνας και ανάπτυξης και γενικότερα διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων της υγείας, με στόχο την κάλυψη της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού μειώνοντας την θνησιμότητα και την νοσηρότητα βραχυχρόνια και μακροχρόνια. Σκοπός είναι η αύξηση του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης του πληθυσμού σε μια χώρα για μειωμένα μελλοντικά κόστη στον τομέα της υγείας, ωστόσο κάτι τέτοιο ενδέχεται να αυξήσει το κόστος των χρόνιων πασχόντων λόγω επέκτασης του χρόνου ζωής τους, αλλά και αύξηση του κόστους λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Επίσης επισημάνθηκε και έγινε αισθητή η προσοχή για την μη περεταίρω αύξηση του κόστους της υγείας η αναφορά στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, η οποία συμπεριλαμβάνει φάρμακα και φαρμακευτικά σκευάσματα από φαρμακεία και όχι νοσοκομειακά φάρμακα διότι έχουν καταχωρηθεί ήδη στις νοσοκομειακές δαπάνες. Τέλος, αναφέρθηκε ότι, οι συνολικές δαπάνες υγείας είναι το άθροισμα της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, η δημόσια δαπάνη καθορίζεται από την προσπάθεια του κράτους να καλύψει ολόκληρο τον πληθυσμό με την ιδιωτική δαπάνη να έρχεται να συμπληρώσει την προσπάθεια αυτή, πολλές φορές δημιουργώντας παραοικονομία, σε περιπτώσεις μεγάλων χρόνων αναμονής στα χειρουργεία και παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας.

Στο 3^ο κεφάλαιο αναφέρονται και αναλύονται τα κόστη των μονάδων εντατικής θεραπείας καθώς και τρόποι περιορισμού των. Έγινε φανερό πως τα κόστη των ΜΕΘ είναι υψηλότερα από την απλή νοσηλεία σε μια νοσηλευτική μονάδα και ο λόγος είναι τα εξειδικευμένα μηχανήματα τα οποία στηρίζονται στην καινοτομία και συντήρηση καθώς και η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού η οποία θα πρέπει να είναι συνεχής ως προς τα σύγχρονα μέσα και μέτρα δράσης. Έγινε κατανοητό ότι με το να υπάρχει επαρκές και άρτια εκπαιδευμένο το προσωπικό στις ΜΕΘ σε συνδυασμό με την βέλτιστη χωροταξική θέση του αναισθησιολογικού τομέα και την μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, μειώνεται αρκετά ο χρόνος εισαγωγής στα χειρουργεία λόγω της καλύτερης επικοινωνίας, μειώνεται η χρήση αντιβιοτικών σκευασμάτων και οι περιπτώσεις επανεισαγωγών, υπάρχουν κενές κλίνες να υποδεχτούν σοβαρά περιστατικά και γενικά κατανοήθηκε ότι, η αλόγιστη χρήση των μηχανημάτων θα πρέπει να αποφεύγεται και το προσωπικό να παίρνει βέλτιστες αποφάσεις με βάση των κανονισμών που έχουν τεθεί στο τμήμα των ΜΕΘ λαμβάνοντας υπόψη τους κανονισμούς των άλλων τμημάτων ακολουθώντας ορθολογικότερες αποφάσεις στο σύνολο των πράξεών τους στοχεύοντας στην ελάττωση του κόστους και χρήσης των λιγοστών πόρων που έχουν στην διάθεση

τους αποτελεσματικά, μειώνοντας εν τέλει τους χρόνους άσκοπης δράσης που είναι πολύ σημαντικό στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Στο 4^ο και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μερική αναφορά σε θέματα χρηματοδότησης της υγείας. Αναφορά γίνεται στην Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων και στο Ευρωπαϊκό Ταμείο Στρατηγικών Επενδύσεων που στόχο έχουν την πραγματοποίηση επενδυτικών έργων της υγείας που διαφορετικά δεν θα πραγματοποιούνταν λόγω της αβεβαιότητας από την οποία χαρακτηρίζονται ο τομέας σε ότι αφορά την εκπαίδευση, έρευνα και ανάπτυξη, ίδρυση εγκαταστάσεων και υποδομών ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο ενός ενδεχόμενου κόστους και στοχεύοντας στο όφελος από την παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα που δημιουργείται, όπου μαζί με την Ευρωπαϊκή Πύλη Επενδυτικών Έργων και με την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης, ενισχύεται ο έλεγχος των χρηματοδοτήσεων και η βιωσιμότητα της πορείας των έργων. Επίσης λόγος γίνεται στο κεφάλαιο αυτό, χρηματοδοτήσεων στην πράξη χωρών της Ε.Ε., Ελλάδα, Αγγλία, Ισπανία, Ιρλανδία, βοηθητικών ποσών κάλυψης σημαντικού μέρους των έργων.

Προτάσεις

- ✎ Για την ανάπτυξη των ΜΕΘ σε ότι αφορά την μόρφωση του προσωπικού σε νέους κανόνες εφαρμογής και καλής πρακτικής και οποιονδήποτε άλλο μηχανολογικό εκσυγχρονισμό, σε θέματα καινοτομίας έρευνας και ανάπτυξης, θα πρέπει πρώτα να ληφθεί υπόψη η σωστή διαχείριση των δαπανών υγείας και έπειτα μέσα από τον σωστό προγραμματισμό κατανομής των δαπανών υγείας την σειρά να πάρουν τα επενδυτικά σχέδια για την χρηματοδότηση και ανάπτυξη του υψηλού κόστους αναζωογόνησης των ΜΕΘ, έτσι ώστε να μην δαπανούνται άκοπα οι λιγοστοί διαθέσιμοι πόροι.
- ✎ Με την εξέλιξη των ΜΕΘ η κοινωνία θα καταλήξει να είναι πιο υγιής με αποτέλεσμα να αυξηθεί η παραγωγικότητα και εν τέλει η ανταγωνιστικότητα του λαού βοηθώντας στο σύνολο την υγεία και εκείνων που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα, μειώνοντας τις ανισότητες του πληθυσμού της χώρας και αναπτύσσοντας και άλλους τομείς της κοινωνίας λόγω αύξησης του ΑΕΠ.
- ✎ Η καινοτομία έχει επίσης πολύ σημαντική έννοια στην εξέλιξη και ανάπτυξη των ΜΕΘ διότι, όταν μια χώρα βρίσκει ένα καινοτόμο προϊόν για την υγεία έχει πλεονέκτημα έναντι άλλων χωρών, όπου εφόσον διαχειριστεί ορθά

αυτή τη μοναδικότητα θα βοηθήσει στην μείωση του κόστους αλλά και θα αυξήσει την ζήτηση και από άλλα κράτη μέλη ατόμων σε ανάγκη ενισχύοντας την οικονομία της χώρας αλλά και αυξάνοντας το προσδόκιμο υγιούς ζωής των άλλων λαών δημιουργώντας μια αμφίδρομη σχέση οικονομικών προοπτικών.

- ↪ Σκοπός της ανάπτυξης της κοινωνίας λόγω μείωσης του κόστους στις ΜΕΘ, είναι η μείωση των εισαγωγών και η συγκράτηση των ασθενών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εφόσον αυτό ενδείκνυται, όπου διαχειρίζοντας σωστά τις δαπάνες υγείας για τους χρόνιους πάσχοντες και τον πληθυσμό που όλο γίνεται γηραιότερος θα αποφευχθεί η αύξηση της νοσηρότητας και θα μειωθεί η θνησιμότητα, κάτι που διαφορετικά θα ενίσχυε την χρήση δαπανών υγείας και ανάλογων επενδύσεων και χρηματοδοτήσεων για την κάλυψη της αυξημένης ζήτησης, κόστους που είναι μεγαλύτερο σε αυτές τις περιπτώσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- α. Thomas Rice., (2006), Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική
- β. Τούντας Γ., (2003), Οικονομικά της Υγείας : Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αθήνα, Αρχεία Ελληνική Ιατρική διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>
- γ. Πολύζος Νικόλαος Μ., (2014), Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική
- δ. Απόφαση 2 της 256^{ης} Υπουργείου Υγείας, Αθήνα 12.8.2016, διαθέσιμο στο: http://www.icu.gr/DOCS/2017/2017_6_2016.pdf
- ε. Προδιαγραφές ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων των κύριων τμημάτων νοσοκομείων υπουργείο υγείας διαθέσιμο στο: <http://www.microkat.gr/microrisk2001/microkat/Nomothesia/PD16-96.pdf>

Ξενόγλωσση

- α. J Seidel., The costs of intensive care, 1 August 2006, pages 160-163 διαθέσιμο στο: <https://academic.oup.com/bjaed/article/6/4/160/387292>
- β. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf

Διαδικτυακές Πηγές

- α. <http://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/4065/koinwnikes-anisotites-stin-ygeia.html>
- β. <http://slideplayer.gr/slide/5632467/>
- γ. http://www.biomed.ntua.gr/Portals/1/undergraduate/ergasthrio/askhsh4_METH_rev2012.pdf
- δ. <http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/34.pdf>
- ε. http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-265.pdf
- ζ. <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>

- η. <http://journal-ene.gr/?p=2032>
- θ. <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2009/07/NLsfee73GRnet.pdf>
- ι. <http://www.etaa.gr/files/DapanesNeouTypouOdigos.pdf>
- κ. <https://www.amcham.gr/wp-content/uploads/2017/10/Tountas-loannis.pdf>
- λ. http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf
- μ. <http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/7.pdf>
- ν. <http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf>
- ξ. http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_27022018_REP_GR.PDF
- ο. <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>
- π. <http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2010/11/arth.pdf>
- ρ. https://anesthesia.gr/download/TOMOS_4/tefhos_9/7.pdf
- σ. https://www.typosthes.gr/thessaloniki/100069_mono-600-klines-stis-monades-entatikis-therapeias-leitoyrgoyn-stin-ellada
- τ. <https://www.protothema.gr/greece/article/329398/-3000-anthropoi-pethainoun-kathe-hrono-apo-endonosokomeiakes-loimoxeis/>
- υ. https://static.livemedia.gr/hcs2/documents/al11531_us41_20141104135005_23_giakis.pdf
- χ. <https://defensegr.wordpress.com/2017/08/11/prwtes-bohtheies-klimaka-glaskwbhs/>
- ψ. https://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_22/6.pdf.PDF
- ω. https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/2939/1/02_chapter_01.pdf
- αλ. http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/09/get_pdf-81.pdf
- βι. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0131.pdf>
- γλ. https://www.researchgate.net/publication/316687700_Nursing_Activities_Score