

| | |
|--|---|
| <p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ</p> <p>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</p> | <p>ΤΟΜΕΑΣ</p> <p>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ</p>  |
| <p>ΣΧΟΛΗ</p> <p>ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ</p> <p>ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ</p> | <p>ΠΜΣ</p> <p>ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>MASTER OF SCIENCE (MSc) IN HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT</p> |

ΠΜΣ "ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ"

MASTER OF SCIENCE (MSc) IN HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΤΕΡΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Επιβλέπων Καθηγητής | Ειδικός Επιστήμονας | ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΤΕΡΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
| Μέλος | Καθηγητής | ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΣΟΥΛΗΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
| Μέλος | Καθηγητής | ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΡΡΑΚΟΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κατσαντώνη Φωτεινή του Παναγιώτη, με αριθμό μητρώου **19014** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

ΑΘΗΝΑ 12/04/2021

Η Δηλούσα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συνεχής γήρανση του πληθυσμού και η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν συμβάλλει στην παγκόσμια έκρηξη ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια του κόστους παροχής τους. Στις περισσότερες χώρες, όπως και στην Ελλάδα, γίνονται προσπάθειες εφαρμογής επιστημονικών τεχνικών υπολογισμού του κόστους του υγειονομικού τομέα καθώς και μέτρα για τη συγκράτησή του. Στην χώρα μας, το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων νοσοκομείων παρουσιάζουν μεγάλα ελλείμματα και χαρακτηρίζονται από παντελή έλλειψη μηχανογράφησης και εφαρμογής μεθόδων ελέγχου των δαπανών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η προσπάθεια εκτίμησης του κόστους μιας από τις πιο συχνά διενεργούμενες επεμβάσεις, της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο του πρόσθετου πλέγματος. Λόγω του πειραματικού σταδίου στο οποίο βρίσκεται η Ελλάδα όσον αφορά στην κοστολόγηση μεμονωμένων ιατρικών πράξεων, υπήρχε έλλειψη των περισσότερων στοιχείων που ήταν αναγκαία για τον προσδιορισμό του κόστους του συγκεκριμένου χειρουργείου. Κατόπιν καθοδήγησης μας από τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Πατέρα Ιωάννη στραφήκαμε στην διεθνή βιβλιογραφία από όπου αντλήσαμε τα ζητούμενα στοιχεία. Κατά τη διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που διεξήχθη, ερευνήθηκε μεγάλος αριθμός επιστημονικών μελετών και δημοσιεύσεων από τις οποίες επιλέχθηκαν οι δυο που προσέγγιζαν όσο το δυνατόν καλύτερα το θέμα στην Μεγάλη Βρετανία και στη Σουηδία. Εν συνεχεία, έγινε η προσπάθεια σύγκρισης των αποτελεσμάτων με τις χρεώσεις των πακέτων για την συγκεκριμένη επέμβαση (KEN) που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Στην περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας, εντοπίστηκε ένα κέρδος της τάξεως των €538,13, αντίθετα, στη Σουηδία προέκυψε έλλειμμα ίσο με €2.844. Σε κάθε περίπτωση, κρίνεται αναγκαία η ορθή κοστολόγηση των μεμονωμένων ιατρικών πράξεων στην Ελλάδα για τον εξορθολογισμό των δαπανών υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την σωστή προσαρμογή των KEN στα ελληνικά δεδομένα και κατά συνέπεια στη μείωση των ελλειμμάτων του υγειονομικού τομέα.

Λέξεις κλειδιά :Υγεία, συστήματα υγείας, βουβωνοκήλη, πλέγμα, κόστος, ποιότητα, κοστολόγηση

Abstract

The evolution of medical technology and the continuing aging of the population over the past decades have contributed to the global explosion of demand for health services and for the cost of providing them. In Greece, as in many countries, efforts have been made to implement scientific techniques for calculating the cost of the health sector and measures for cost containment. In our country the majority of public hospitals has large deficits and is characterized by a complete lack of computerization and application methods to control costs.

The purpose of this paper is to attempt to estimate the cost of one of the most widely held surgical operation, the inguinal with the method of an additional mesh. Due to the experimental stage that Greece is, concerning the costing of the individual medical procedures, there was a lack of data which was needed to determine the cost of this surgery. Following guidance from our supervisor Mr. Pateras John, we turned to international bibliography from which we drew the data that have been requested. During the bibliographical review, investigated a large number of scientific studies and publications from which two were selected of being as close as possible to our subject, in Great Britain and Sweden. Subsequently, there was an attempt of comparing the results with the charges of the packets for this operation (DRG's) that exist in Greece.

In Great Britain, a profit of €538, 13 was detected, unlike in Sweden a deficit of was showed €2.844. In any case, it is necessary to correct the costing of the individual medical practices in Greece so as to streamline healthcare costs, in order to properly adapt the DRG's to the Greek actualness and consequently to reduce deficits in the health sector.

Key-words: health, systems of health, plexus, cost, quality, costing

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω απο καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου γιατί χωρίς τη δική του καθοδήγηση και συνεισφορά, πρακτική και συναισθηματική, δε θα είχα κατορθώσει να ολοκληρώσω την παρούσα εργασία.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, Γιάννη- Μαρία-Παναγιώτη, για την ηθική συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου και τέλος κάποιους σημαντικούς για μένα συναδέλφους που με στήριξαν σε στιγμές που ήμουν έτοιμη να παρατήσω την προσπάθεια για διάφορους λόγους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ο ρόλος της Υγείας στη ζωή μας

1.2 Η Υγεία ως Ιδιωτικό αγαθό

1.3 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό

1.4 Συστήματα Υγείας

1.5 Μορφές συστημάτων Υγείας

1.6 Επίπεδα Περίθαλψης

1.7 Διάκριση Νοσοκομείων

1.8 Ποιότητα

1.8.1 Ποιότητα στον χώρο της Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οικονομικά της Υγείας

2.1 Οικονομία και υγεία

2.1.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

2.1.2 Οικονομικά της υγείας

2.2 Δαπάνες Υγείας

2.3 Χρηματοδότηση

2.3.1 Οι κλασσικές μέθοδοι χρηματοδότησης

2.3.2 Οι σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Οικονομική Αξιολόγηση

3.2 Το Νοσοκομειακό Κόστος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΚΗΛΕΣ

4.1 Γενικά για τις Κήλες

4.2 Αιτιοπαθογένεια

4.3 Ταξινόμηση Κηλών

4.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Περιγραφή Ιατρικής Πράξης

5.2 Κοστολόγηση Ιατρικής Πράξης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η προστασία της υγείας και η καταπολέμηση της ασθένειας ήταν ανέκαθεν κύριο μέλημα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Οι επιστήμες της ιατρικής και της χειρουργικής έχουν τις ρίζες τους από τη δημιουργία των πρώτων κοινωνιών. Η ανάπτυξη του πολιτισμού είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της κοινωνικής πρόνοιας μεταξύ των μελών της κοινωνίας, διότι οι ασθένειες προηγήθηκαν των ανθρώπων στη γη. Στην ιστορία κάθε αρχαίου λαού και πολιτισμού ανευρίσκονται κανονισμοί και μέσα, τα οποία αποσκοπούν στην προστασία της υγείας του ατόμου αλλά και του συνόλου.

Στις πρωτόγονες κοινωνίες η ασθένεια αντιμετωπιζόταν με θρησκευτικές τελετές και εκδηλώσεις, ευχές, πρακτικές μεθόδους και βότανα από ανθρώπους που ήταν αυτοσχέδιοι και αυτοδίδακτοι ιατροί-μάγοι, αστυνόμοι και αστρολόγοι κατά τον καθηγητή Μέρμηγκα. Η ιδέα της ιατρικής ταυτιζόταν με της θρησκευτικές δοξασίες.

Τον 6^ο αιώνα π.Χ. κατά την κλασσική περίοδο μπαίνουν οι βάσεις της επιστημονικής σκέψης κατόπιν παρατηρήσεων και πειραμάτων. Η μεταφυσική σκέψη και οι θρησκευτικές δοξασίες έδωσαν τη θέση τους στην ανάπτυξη του ορθολογισμού και της επιστημονικής γνώσης. Ο πρωτεργάτης που συνέβαλε στη διαμόρφωση των παραπάνω υπήρξε αναμφισβήτητα ο Ιπποκράτης, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της Ιατρικής.

Κατά τον μεσαίωνα, όπου κυριαρχεί ο Χριστιανισμός, η Εκκλησία στρέφεται κατά των επιστημονικών κατακτήσεων της κλασσικής περιόδου και στέφει και πάλι τις θρησκευτικές δοξασίες σε πηγή ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Η ορθολογική επιστημονική προσέγγιση που χαρακτήριζε την ιατρική στην εποχή του Ιπποκράτη χάθηκε καθώς τα κέντα τα οποία πρόσφεραν ιατρική φροντίδα έδρευαν πλέον σε μοναστήρια. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής η θνησιμότητα βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα λόγω της εμφάνισης λοιμών, όπως η λέπρα και η πανώλη που αποδεκάτιζαν μεγάλες πόλεις σε αρκετές περιοχές της Ευρώπης. (Βόγκας, 1974) (Τούντας, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΟΜΗ, ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

1.1. Ο ρόλος της Υγείας στη ζωή μας

Από την αρχαιότητα προσπαθούσαν να προσεγγίσουν την έννοια της υγείας. Ο Πλάτωνας πίστευε ότι η υγεία ήταν η κυριαρχία της ψυχής επί του σώματος και η κυριαρχία του λογικού μέρους επί του επιθυμητού μέρους. Ο Αριστοτέλης θεωρούσε την υγεία ως την προϋπόθεση της ικανότητας κάποιου να κινηθεί ή να πετύχει ένα σκοπό. Περισσότερες επιλογές και δυνατότητες έχει κάποιος ο οποίος είναι υγιής. Για τον Διογένη η υγιέστερη ζωή και συμπεριφορά οφείλεται στην ζωή με μεγάλη λιτότητα και εγκράτεια. (Μαζαράκη, 2012)

Ο ορισμός της υγείας, όπως τον διατύπωσε ο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας», δεν καλύπτει απόλυτα τις σύγχρονες προσεγγίσεις της αρρώστιας και της υγείας. Σύμφωνα με την UNESCO δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός της υγείας, γιατί η αύξηση των γνώσεων και των απαιτήσεων άλλαξε τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος την υγεία. (Λιαρόπουλος, 2010)

Υπάρχουν έξι διαστάσεις της υγείας οι οποίες περιλαμβάνουν τα εξής:

Σωματική υγεία: η καλή φυσική υγεία απαιτεί καλή διατροφή, φυσική άσκηση, την αποφυγή βλαβερών συνηθειών, λήψη υπεύθυνων αποφάσεων στο θέμα των ερωτικών συντρόφων, τη γνώση και τη παρατήρηση συμπτωμάτων μιας ασθένειας και ο τακτικός ιατρικός και οδοντιατρικός έλεγχος. Οι συνήθειες που αναπτύσσει κάποιος είναι αυτές που καθορίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό όχι μόνο πόσα χρόνια θα ζήσει αλλά και την ποιότητα της ζωής που θα έχει.

Συναισθηματική υγεία: η συναισθηματική υγεία είναι μια δυναμική κατάσταση η οποία επηρεάζεται από την φυσική, διανοητική, πνευματική και κοινωνική υγεία. Η διατήρηση της συναισθηματικής ευεξίας απαιτεί την

παρακολούθηση των σκέψεων και συναισθημάτων για τον εντοπισμό των εμποδίων και τη εύρεση λύσεων για τα συναισθηματικά προβλήματα.

Διανοητική υγεία: τα χαρακτηριστικά της διανοητικής ευεξίας περιλαμβάνουν το ανοιχτό σκεπτικό για την πρόσληψη νέων ιδεών, την ικανότητα κριτικής σκέψης και την ώθηση για ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων. Το μυαλό είναι ενεργό και ο άνθρωπος ποτέ δε σταματάει να μαθαίνει.

Πνευματική υγεία: για την ευχαρίστηση της πνευματικής υγείας ο άνθρωπος πρέπει να έχει την ικανότητα της αγάπης, της συμπόνιας, της συγχώρεσης, της χαράς και της ειρήνης. Η πνευματική ευεξία είναι μια κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας μεταξύ του εαυτού του και των άλλων και μεταξύ των εσωτερικών του αναγκών και των απαιτήσεων της κοινωνίας.

Κοινωνική υγεία: οι σχέσεις που ικανοποιούν τον άνθρωπο είναι η βάση στην φυσική και συναισθηματική υγεία. Αναπτύσσοντας κοινωνική υγεία ο άνθρωπος, μαθαίνει επικοινωνιακές δεξιότητες, αναπτύσσει την οικειότητα, καλλιεργεί ένα δίκτυο αγαπημένων φίλων, συμβάλλει στην κοινωνία και τη χώρα του.

Περιβαλλοντική φροντίδα: Όλο και περισσότερο η προσωπική μας υγεία εξαρτάται από την υγεία του πλανήτη. Η προστασία του εαυτού μας από τους κινδύνους που μας επιφυλάσσει το περιβάλλον είναι σημαντική για την ευεξία και την υγεία μας. (Insel & Roth, 1996)

Η υγεία παρέχεται στους χρήστες από ένα οργανωμένο σύστημα υγείας. Ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο υγείας των ανθρώπων. Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι: Το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό μορφωτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και την κληρονομικότητα του ατόμου. Επίσης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η φτώχεια θεωρείται ως μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία. (Δαρβίρη, 2010) Αυτοί οι παράγοντες αποτελούν κίνδυνο για

την υγεία και αν αποφευχθούν θα διατηρηθεί ένα καλύτερο μελλοντικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Το φαινόμενο υγεία είναι ιδιαίτερα δύσκολο να μετρηθεί ποσοτικά και για το λόγο αυτό η επιστήμονες που σχετίζονται με την υγεία έχουν δημιουργήσει ειδικούς δείκτες. Δείκτες είναι συγκεκριμένοι αριθμοί οι οποίοι είναι αποτελέσματα δοκιμασιών με κατάλληλη δομή ώστε να μετρούν πραγματικά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που μετρούν. Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Μερικοί από τους θετικούς δείκτες υγείας είναι ο δείκτης γεννητικότητας, γονιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι αρνητικοί δείκτες είναι ο δείκτης νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας, κλπ. Εκφράζουν τη συχνότητα των νοσημάτων και των παθολογικών καταστάσεων του πληθυσμού. Αποτελούν μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών. (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001)

Πέρα από τη σύγχυση που συναντάται στον εννοιολογικό προσδιορισμό της υγείας υπάρχουν στίγματα και στην οικονομική της υπόσταση. Η υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό.

1.2 Η Υγεία ως Ιδιωτικό αγαθό

Η άποψη ότι η υγεία είναι ένα αγαθό σαν όλα τα οικονομικά αγαθά υποστηρίχτηκε από τους Lees (1960, 1967), Jewkes J. και S. (1961, 1963), Wiseman J. (1963) και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο το 1960. Το κράτος δεν επεμβαίνει στη λειτουργία του Συστήματος Υγείας, περιορίζεται μόνο σε θέματα ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινωνικού συνόλου για την υγεία. (Σουλιώτης, 2000) Κάθε καταναλωτής εκδηλώνει τις προτιμήσεις για τις υπηρεσίες υγείας που επιθυμεί να καταναλώσει καταβάλλοντας την αντίστοιχη τιμή, υπόκειται δηλαδή στις δυνάμεις της αγοράς. Οι αμοιβές των εργαζομένων στο Σύστημα Υγείας και τα νοσήλια καθορίζονται από τις δυνάμεις της αγοράς των υπηρεσιών. Ο κάθε καταναλωτής έχει το δικαίωμα και πρέπει να γνωρίζει το είδος, την ποιότητα και την ποσότητα των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών που καταναλώνει και τέλος

την αγορά η οποία θα μπορέσει να ικανοποιήσει και να καλύψει τις ανάγκες του.
(Μαζαράκη, 2012)

Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό έχει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Από τη πλευρά των **πλεονεκτημάτων**:

- οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο Σύστημα Υγείας ελαχιστοποιούνται
- οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των ιατρών και των ασθενών είναι καλύτερες
- παρατηρείται ταχύτερη προσαρμογή και αυξημένη ευελιξία στις αξιώσεις των καταναλωτών

υπηρεσιών υγείας. (Σούλης, 1999)

Από τη πλευρά των **μειονεκτημάτων**:

- όσοι ασθενείς αδυνατούν να καταβάλλουν το αντίστοιχο αντίτιμο αποκλείονται από την αγορά Υπηρεσιών Υγείας
- η κατανομή των πόρων υγείας δεν είναι δίκαιη
- δεν μπορούν να καλυφθούν οι κοινωνικές ανάγκες
- παρατηρείται μια γενικότερη αύξηση του κόστους των Υπηρεσιών Υγείας
- οι γιατροί και το προσωπικό επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των κερδών τους και όχι τη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και εξυπηρέτησης των ατόμων.
(Σούλης, 1999)

1.3 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό

Το 1963, ο καθηγητής Κ. Arrow έδειξε ότι το αγαθό υγεία δεν είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πως οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν και δεν προσφέρουν αποτελεσματική και κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Ακολουθώντας τον Arrow, μια νέα σχολή οικονομολόγων, με κύριους εκπροσώπους

τους Culyer, Lindsay, Williams και άλλους, ανέπτυξαν ορισμένα επιχειρήματα τα οποία δείχνουν ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό. Το Κράτος παρεμβαίνει και ελέγχει την λειτουργία του Συστήματος Υγείας ώστε οι υπηρεσίες υγείας να κατανέμονται βάσει των υγειονομικών αναγκών και όχι βάσει του εισοδήματος, του πλούτου ή της αγοραστικής δύναμης του ατόμου. Τα άτομα δεν πρέπει να αποκλειστούν από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών απλά και μόνο επειδή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλουν την απαιτούμενη τιμή ή την αμοιβή που απαιτεί το νοσοκομείο ή ο γιατρός. Τα αγαθά, επομένως, που προσφέρονται σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική ή την κοινωνική τους τάξη, αποκαλούνται δημόσια αγαθά. Λόγω υπερβολικού κόστους, ο ιδιώτης δε μπορεί να αναλάβει την αποκλειστική παραγωγή και διάθεση του δημόσιου αγαθού και το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το κράτος. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των αγαθών αυτών ότι όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα της ίσης κατανάλωσης. (Μαζαράκη, 2012)

Η υγεία ως δημόσιο αγαθό έχει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Από τη πλευρά των **πλεονεκτημάτων**:

- σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας του ασθενή δεν υπάρχει περίπτωση αποκλεισμού από τις Υπηρεσίες Υγείας
- η τιμή τη προσφερόμενης υπηρεσίας δε διαπραγματεύεται από τον ασθενή αφού δε μπορεί να γνωρίζει ούτε τις δυνατότητες του γιατρού, ούτε το είδος της θεραπείας που μπορεί να υποβληθεί, ούτε την ποσότητα των φαρμάκων που θα καταναλώσει.

Από τη πλευρά των **μειονεκτημάτων**:

Αντιμετωπίζοντας το αγαθό υγεία ως δημόσιο παρουσιάζεται, πολλές φορές, μια αύξηση της γραφειοκρατίας στις Υπηρεσίες Υγείας, όταν δεν υπάρχουν κίνητρα για δημιουργικές πρωτοβουλίες ή και όταν οι διοικητικοί μηχανισμοί κατοχυρώνουν τη μονιμότητα των απασχολούμενων στον τομές Υγείας, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής διοικητικής παρέμβασης. (Σούλης, 1999)

1.4 Συστήματα Υγείας

Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την εξέλιξη της ανθρώπινης ιστορίας. Η καταπολέμηση της αρρώστιας και η προστασία της υγείας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Καθώς η ανθρωπότητα κατακτούσε ολοένα και ανώτερο επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης η ιατρική και οι υπηρεσίες υγείας ακολουθούσαν ανάλογη πορεία, από τις πρωτόγονες μορφές της ως τις σημερινές πολυσύνθετες, επιστημονικά και τεχνολογικά, ιατρικές υπηρεσίες. (Τούντας, 2008)

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα ως Σύστημα Υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας θα μπορούσε ακόμα να προσδιοριστεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία εξαρτώνται το ένα από το άλλο και επιδρά το ένα στο άλλο δηλαδή είναι συνδεδετικοί κρίκοι. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007)

Τα τρία υποσυστήματα είναι τα εξής :

- Το επίπεδο υγείας του ασθενή. Εδώ γίνονται αντιληπτές οι αιτίες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.
- Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Το υποσύστημα αυτό αποτελείται από:
- Τις εισροές (κτιριακή υποδομή, εξοπλισμός, ανθρώπινοι πόροι, οικονομικοί πόροι)
- Τη διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος)
- Τις εκροές (διάρκεια νοσηλείας, εισαγωγές, εξετάσεις κ. α)
- Τα αποτελέσματα (δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας)
- Μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών. Αναφέρεται στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση, δηλαδή όταν βελτιώνεται το πρώτο υποσύστημα το δεύτερο μειώνει

τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο υποσύστημα που βελτιώνει και το πρώτο υποσύστημα.

Σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι να διασφαλίσει και βελτιώσει το επίπεδο υγείας ευημερίας και τη ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Στόχος του σκοπού αυτού είναι η παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001)

Κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας:

1. Αποδοτικότητα
2. Αποτελεσματικότητα
3. Ισοτιμία
4. Υπηρεσίες
5. Κάλυψη
6. Ελευθερία επιλογών
7. Σχέση Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα

(Λιαρόπουλος, 2010)

Κύρια γνωρίσματα ενός συστήματος υγείας:

1. Ισότητα, δηλαδή ίσες ευκαιρίες και ίση μεταχείριση του πληθυσμού.
2. Διαθεσιμότητα, δηλαδή προσφορά υπηρεσιών στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.
3. Προσπελασιμότητα, δηλαδή πρόσβαση για όλους στις υπηρεσίες υγείας
4. Πρόληψη και συνεχής έλεγχος της νόσου

(Θεοδώρου και συν, 2001)

Προϋποθέσεις ή αρχές λειτουργίας ενός συστήματος υγείας:

- Ευδιάκριτοι στόχοι και συγκεκριμένη πολιτική
- Καθορισμός των μέτρων και της διαδικασίας που απαιτείται για την επίτευξη των στόχων
- Λήψη συμπληρωματικών μέτρων όταν απαιτείται, έπειτα από αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αρχικών μέτρων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί

Επίσης απαιτείται: Διαφάνεια της πολιτικής των στόχων, συνέπεια, κοινωνική συναίνεση και οικονομικός ρεαλισμός (Λιαρόπουλος, 2010).

5. Μορφές συστημάτων Υγείας

Η φιλοσοφία της κοινωνικής προστασίας για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού αντικατοπτρίζεται μέσα από τη δομή του συστήματος υγείας.

Έτσι αν η δομή του συστήματος υγείας καλύπτει τους πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας – αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας, με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (**τύπου Bismark**). Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (**τύπου Beveridge**). Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το **φιλελεύθερο σύστημα υγείας** (όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας). (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Με βάση ,λοιπόν, τον τρόπο χρηματοδότησης, και δευτερευόντως τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τέσσερις βασικές μορφές συστημάτων υγείας:

1.Το Ελεύθερο ή Φιλελεύθερο Σύστημα (ιδιωτικό μοντέλο)

Σύστημα βασισμένο στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση, στηριζόμενο στις λειτουργίες της αγοράς. Στο σύστημα αυτό η υγειονομική κάλυψη του κάθε ατόμου αποτελεί προσωπική υπόθεση του καθενός (ιδιωτική ασφάλιση υγείας). Εξασφαλίζεται στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στο γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής. Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι όμοιο με το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. (Θεοδώρου και συν, 2001).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι :

- διαμόρφωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών

έχοντας υπόψη τις τιμές των υπηρεσιών αυτών
- βάση του συστήματος αποτελεί η ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο
- διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου από το κράτος, για την ομαλή λειτουργία της αγοράς,

χωρίς αυτό να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών
- εμφάνιση μεγάλων υγειονομικών ανισοτήτων
- χρηματοδότηση προερχόμενη κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς
- εμφάνιση του φαινομένου της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την

προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007)

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα του ελεύθερου συστήματος: Το σημαντικότερο πλεονέκτημα είναι ότι ο ασθενής έχει την δυνατότητα να επιλέξει τον γιατρό του αλλά το πλεονέκτημα αυτό ανήκει μόνο σε ομάδες του πληθυσμού που είναι οικονομικά εύπορες.

Σημαντικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι ότι ο ασθενής θα πρέπει να έχει την οικονομική δυνατότητα για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πολλές φορές οι γιατροί οδηγούν τον ασθενή σε διαδικασία εκτέλεσης επισκέψεων, εργαστηριακών εξετάσεων και εγχειρήσεων οι οποίες δεν είναι αναγκαίες να γίνουν με αποτέλεσμα να απορροφάται μεγάλο μέρος εθνικών πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης δεν έχει ως στόχο τόσο την αποκατάσταση της βλάβης και την πρόληψη όσο το κέρδος το οποίο προέρχεται από την θεραπευτική παρέμβαση. Στις μη αστικές περιοχές παρατηρούνται ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης γιατρών, νοσοκόμων και διαγνωστικών κέντρων. (Θεοδώρου και συν, 2001).

2. Το Δημόσιο Σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο)- Σύστημα τύπου Beveridge

Βάση του συστήματος αυτού αποτέλεσαν οι αρχές του Beveridge. Βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και την οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Αυτό επιτυγχάνεται με την άμεση παρέμβαση του κράτους.

Το δημόσιο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την πλήρη και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού, δίνει προτεραιότητα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, έχει κατανείμει με τέτοιο τρόπο τις υγειονομικές μονάδες έτσι ώστε να περιορίζονται οι περιφερειακές ανισότητες και να ικανοποιούνται οι ανάγκες του πληθυσμού, παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας οι οποίες χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών ακόμα χαρακτηρίζεται για την σωστή

οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας με προτεραιότητα τις ανάγκες του πληθυσμού. (Θεοδώρου και συν, 2001)

Σύμφωνα με την λειτουργία του δημοσίου συστήματος υγείας έχουν παρατηρηθεί πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, τη κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής του κάθε πολίτη, εξασφαλίζεται η δίκαιη κατανομή των πόρων, κεντρική χρηματοδότηση γίνεται μέσω κρατικής παρέμβασης, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας αποτελούν προτεραιότητα, η ιατρική δεν επηρεάζεται από την παρεμβολή του χρήματος και τέλος βασικό πλεονέκτημα είναι ότι υπάρχει καλή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας αποτελεί μειονέκτημα του συστήματος καθώς εμποδίζει την άσκηση της ιατρικής, ακόμη η αναμονή στα νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, η αδυναμία του ασθενή να επιλέξει τον γιατρό του, η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που θα φέρουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μανάτζμεντ αποτελούν με τη σειρά τους μειονεκτήματα του συστήματος. (Θεοδώρου και συν, 2001)

3. Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης (Μοντέλο Bismarck)

Το συγκεκριμένο πρότυπο στηρίχτηκε στο πρότυπο του Bismarck ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Η φιλοσοφία του συστήματος είναι στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που συνήθως συγκροτούνται με βάση ομοειδείς κοινωνικές-επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού. Εφαρμογές αυτού του μοντέλου συναντώνται σε χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου είναι τα εξής:

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού
- οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος
- έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007)

Το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι αποτελεί ένα περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα από το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Τα συστήματα αυτά, ακόμα, υπερέχουν στα θέματα ποιότητας των υπηρεσιών, κυρίως λόγω του ανταγωνισμού των προμηθευτών και του συστήματος των συμβάσεων. Το μειονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματιών ομάδων ασφαλίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του. (Τούντας, 2008)

Σύμφωνα με τον Ferrera (1966) μπορεί να υπάρξει και μία τέταρτη μορφή συστήματος υγείας που περιλαμβάνει στοιχεία και από τις τρεις κύριες μορφές. Αυτό το μεικτό σύστημα υγείας αναφέρεται ως «Νότιο Μοντέλο» αφού χαρακτηρίζει κυρίως τις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι σήμερα κανένα σύστημα υγείας δεν ακολουθεί το αμιγές πρότυπο της θεωρητικής παραδοσιακής μορφής του. (Παπαδοπούλου, 2011)

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από τη πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά Beveridge. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος ο ιδιωτικός τομέας, καλύπτει ολοένα και αυξανόμενο μέρος των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Από τα παραπάνω συνεπάγεται ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας συνίσταται από τρία υποσυστήματα, τα οποία λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα, και αυτά είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), τα ασφαλιστικά ταμεία και ο Ιδιωτικός Τομέας. (Παπαδοπούλου, 2011)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.

Συστήματα Υγείας

| | Bismark | Beveridge | Ιδιωτικό Μοντέλο |
|---------------------------------|--|--|--|
| Έλεγχος Παραγωγικών Συντελεστών | Δημόσιος-Ιδιωτικός (μη κερδοσκοπικός) | Δημόσιος | Ιδιωτικός (κερδοσκοπικός) |
| Κάλυψη | Πλήρης κατά κατηγορία επαγγέλματος | Πλήρης και καθολική | Ελεύθερη επιλογή |
| Χρηματοδότηση του συστήματος | Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών. Κοινωνικοί Πόροι, τριμερής χρηματοδότηση | Μέσω φορολογίας (άμεσης, έμμεσης, ειδικής) | Ατομικές ή εργοδοτικές ιδιωτικές εισφορές |
| Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας | Συμβεβλημένοι γιατροί με πάγια ή με αντιμισθία. Μονάδες του Ε.Σ.Υ. ή των ασφαλιστικών φορέων | Γιατροί με πλήρη ή μη αποκλειστική απασχόληση. Μονάδες Υγείας του Ε.Σ.Υ. | Συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί. Συμβεβλημένες μονάδες υγείας. |
| Δικαιούχοι Πρόσβασης | Οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη κάθε ασφαλιστικού φορέα | Όλοι οι πολίτες | Ασφαλισμένοι, Συμβεβλημένα μέλη |
| Αντιπροσωπευτική Χώρα | Γαλλία & Γερμανία | Μ. Βρετανία | ΗΠΑ |

Πηγή: (Ευθυμίου & Σταμπεδάκη, 2011)

Είναι κατανοητό ότι το σύστημα υγείας δεν είναι τίποτα άλλο από μία παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια «αγορά», η οποία λίγο διαφέρει από τις κλασικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Το προϊόν, δηλαδή η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν επιθυμητά αγαθά.

Ο ρόλος της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία και απόδοση του συστήματος υγείας είναι πρωταρχικός και το οργανωτικό πλαίσιο της παραγωγικής διαδικασίας επηρεάζει σημαντικά το μέγεθος της στάθμης της υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση:

- την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους,
- το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας και
- την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητα της

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στη χώρα μας, επιπλέον των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, ιδιαίτερα μεγάλη πρόκληση-πρόβλημα αποτελεί η ανάγκη εφαρμογής ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Η προσπάθεια για την εφαρμογή του ξεκίνησε το 1983 με το Ν. 1379/1983 περί Ε.Σ.Υ. (Σταυρόπουλος, 2009).

1.6 Επίπεδα Περίθαλψης

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη της λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας, το ενιαίο σύστημα υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα:

- Το πρωτοβάθμιο επίπεδο
- Το δευτεροβάθμιο επίπεδο

- Το τριτοβάθμιο επίπεδο

Το **Πρωτοβάθμιο επίπεδο** συγκρότησης του συστήματος υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) και αποτελείται από τα Κέντρα Υγείας (αστικού και αγροτικού τύπου), τα περιφερειακά ιατρεία και το δίκτυο των οικογενειακών γιατρών και παιδιάτρων.. Αφορά τις υπηρεσίες πρόληψης, την έγκαιρη διάγνωση, τις υπηρεσίες αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας που δε χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη, τις υπηρεσίες αντιμετώπισης ελαφρών εκτάκτων περιστατικών, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την παρακολούθηση των εγκύων, των χρονίως πασχόντων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Περιλαμβάνει, επίσης, τις κινητές μονάδες πρώτων βοηθειών και το σύστημα διακομιδών. Συχνά σε αυτό το επίπεδο περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα.

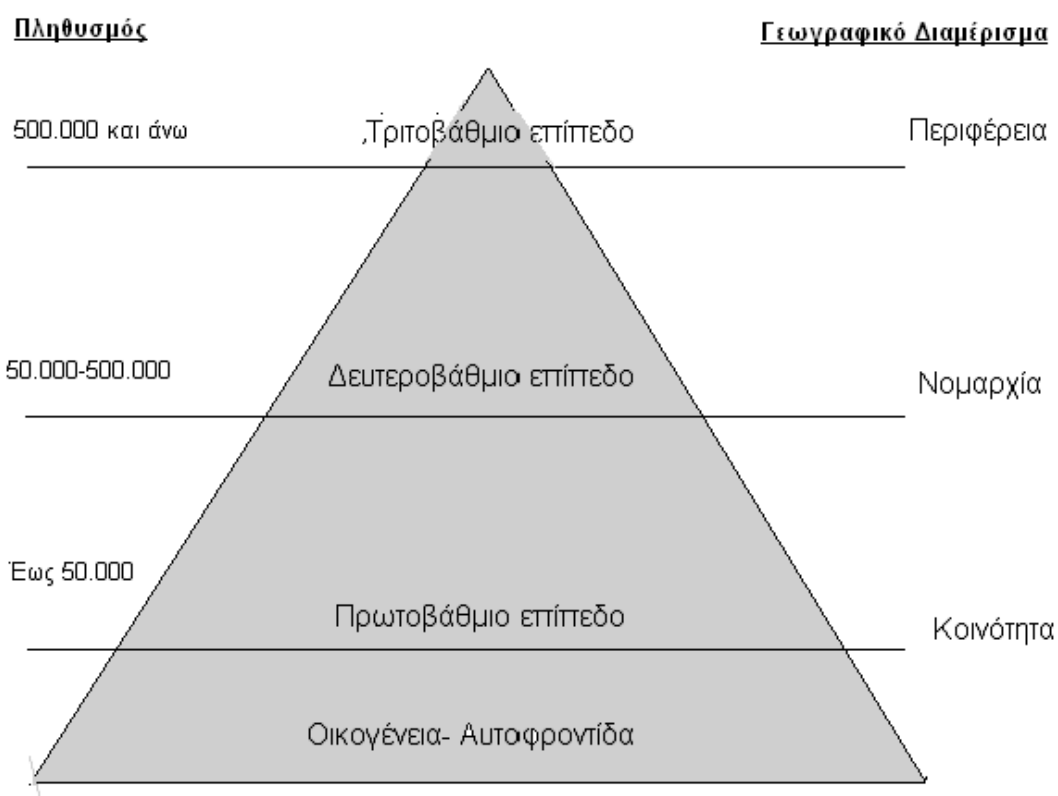
Η ιατρική επιστήμη εξ αρχής προσανατολίστηκε στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών παρά στην ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης των ασθενειών και δημόσιας υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης.

Το **Δευτεροβάθμιο επίπεδο** περίθαλψης περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τοπικά, μικρού ή μεσαίου μεγέθους, νοσοκομεία. Σε αυτού του είδους τα νοσοκομεία συναντάμε τις βασικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική παιδιατρική, γυναικολογία) και τα βασικά εργαστήρια (μικροβιολογικό, ακτινολογικό). Σε ορισμένα νοσοκομεία λειτουργούν ακόμα και κάποιες επιπλέον ειδικότητες. Αφορά την αντιμετώπιση όλων των άλλων περιστατικών, που αποστέλλονται από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για να δοθεί εντονότερη αγωγή στα νοσοκομεία, κάτω από ειδική παρακολούθηση.

Το **Τριτοβάθμιο επίπεδο** περίθαλψης περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Αφορά την αντιμετώπιση των περιστατικών που απαιτούν πολύ εξειδικευμένες - νοσοκομειακού χαρακτήρα - υπηρεσίες υγείας ή περιστατικών που εκτός από εξειδικευμένη νοσοκομειακή αγωγή προσφέρονται για επιστημονική έρευνα. Σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης υπάγονται συνήθως τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα πανεπιστημιακά ή μη νοσοκομεία, γενικά ή ειδικά και οι ειδικές μονάδες (καρδιοχειρουργικά κέντρα, κέντρα μαστού κ.α.), τα οποία είναι λειτουργικά συνδεδεμένα με τις πανεπιστημιακές σχολές των επιστημών

υγείας με τέτοια χωροταξική κατανομή ώστε να αποτρέπουν τη συρροή ασθενών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη ή κάποιο ακόμη αστικό κέντρο. (Τούντας, 2008)(Θεοδώρου και συν, 2001).

Σχήμα 1.1.



Πηγή: (Θεοδώρου και συν, 2001)

1.7 Διάκριση Νοσοκομείων

Η ανάγκη για ένα σύστημα που θα ολοκλήρωνε και θα διαφοροποιούσε την ορολογία, τους ορισμούς και τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών έχει αναγνωρισθεί εδώ και πολλά χρόνια. Τα προβλήματα που δημιούργησαν αυτή την ανάγκη αφορούσαν την έκδοση αδειών, την καταχώρηση, την πιστοποίηση και την εξασφάλιση βεβαιώσεων λειτουργίας ιδρυμάτων καθώς και

τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων δημιουργήθηκαν συστήματα νοσοκομειακών ταξινομήσεων σύμφωνα με κάποιους γενικούς κανόνες που διέπουν τα ιδρύματα αυτά.

- **Ιδιοκτησιακό Καθεστώς.** Τα νοσοκομεία χωρίζονται σε κρατικά, ιδιωτικά κερδοσκοπικά και ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά.
- **Πρόσβαση των Πολιτών.** Τα νοσοκομεία μπορούν να διαιρεθούν ανάλογα με την άδεια πρόσβασης των πολιτών σε αυτά σε κοινοτικά και μη κοινοτικά. Τα κοινοτικά είναι εκείνα στα οποία η πρόσβαση των πολιτών είναι ελεύθερη. Τα μη κοινοτικά περιλαμβάνουν τα ομοσπονδιακά νοσοκομεία και εκείνα που βρίσκονται στα πλαίσια ιδρυμάτων όπως φυλακές και ψυχιατρεία. Επίσης, μη κοινοτικά ονομάζονται τα νοσοκομεία που θεραπεύουν άτομα με ειδικές ανάγκες ή χρόνιες παθήσεις όπως άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά και από το αλκοόλ.
- **Αριθμός Κλινών.** Ένα ακόμα κριτήριο ταξινόμησης είναι ο αριθμός των κλινών που περιλαμβάνει ένα νοσοκομείο. Συνήθως πρόκειται για νοσοκομεία από 1-50 κλίνες, 50-150, 150-500, 500 και άνω κλινών.
- **Πιστοποίηση.** Σύμφωνα με το βαθμό συμμόρφωσης στους κανόνες για τη διασφάλιση υψηλών προτύπων ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, τα νοσοκομεία χωρίζονται σε πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα. Τα πιστοποιημένα νοσοκομεία δικαιούνται αποζημιώσεων από την κυβέρνηση. Η επιθεώρηση γίνεται κάθε τρία χρόνια. Αν κάποιο ίδρυμα δεν συμμορφώνεται με τους κανονισμούς, υπάρχουν κυρώσεις μέχρι και απόσυρση της πιστοποίησης.
- **Διάρκεια Παραμονής Ασθενών.** Σύμφωνα με τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία ταξινομούνται σε βραχείας ή μακράς νοσηλείας. Βραχείας νοσηλείας ονομάζονται εκείνα που έχουν μέσο όρο νοσηλείας κάτω των 30 ημερών, ενώ μακράς αυτά που έχουν πάνω από 30 ημέρες.
- **Εκπαίδευση.** Η δυνατότητα ή μη εκπαίδευσης αποτελεί ένα συνηθισμένο κριτήριο ταξινόμησης. Ανάλογα με τον αριθμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης που προσφέρει ένα νοσοκομείο χωρίζεται σε μεγάλο ή μικρό εκπαιδευτικό ίδρυμα. Επίσης ανάλογα με την ανάμιξη κάποιου πανεπιστημίου

στα εκπαιδευτικά προγράμματα ονομάζονται πανεπιστημιακά νοσοκομεία ή νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

- **Ανάλογα με το εύρος των τμημάτων και των υπηρεσιών τους.** Σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση, η οποία είναι και η πιο συνηθισμένη, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε τριτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τοπικά. Τα τριτοβάθμια νοσοκομεία είναι συνήθως τα μεγάλα γενικά ή περιφερειακά νοσοκομεία, που απαιτούν πολλούς πόρους σε τεχνικό εξοπλισμό και σε εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία είναι αυτά που έχουν τουλάχιστον τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Στα τοπικά νοσοκομεία παρέχονται κυρίως διαγνωστικές υπηρεσίες, μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική φροντίδα σε ελαφριά περιστατικά. (Wolper, 2001).

1.8 Ποιότητα

Η ποιότητα είναι *«το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός πράγματος, ό,τι το χαρακτηρίζει ή το διαφοροποιεί από τα όμοιά του, καθώς και το σύνολο των θετικών ιδιοτήτων του»*. (Μπαμπινιώτης, 2012) Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): *«ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους»*. (Παπανικολάου, 2007)

Η έννοια της ποιότητας ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο τόσο από τον καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας όσο και από τον παραγωγό τους. Για τον καταναλωτή σημαίνει ότι το προϊόν ή η υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες και τις προσδοκίες του από άποψη λειτουργική (αξιοπιστία, απόδοση, ασφάλεια χρήσης, διάρκεια ζωής), οικονομική (κόστος αγοράς, κόστος λειτουργίας/συντήρησης) και αισθητική (εμφάνιση/συσκευασία, εξυπηρέτηση, έγκαιρη παράδοση). Για τον παραγωγό, ο όρος ποιότητα σημαίνει εκείνο το επίπεδο τεχνικών προδιαγραφών (λειτουργικά χαρακτηριστικά), οι οποίες, με βάση τις δυνατότητες της αγοράς (ζήτηση), τις δυνατότητες του συστήματος παραγωγής (προσφορά) και το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας, επιτρέπουν την παραγωγή του προϊόντος με το ελάχιστο κόστος παραγωγής-διανομής και εξασφαλίζουν το μέγιστο δυνατό κέρδος. (Μπινιώρης, 2009)

Ο προσδιορισμός της ποιότητας επηρεάζεται σημαντικά από τη βιομηχανία. Όσοι διαχειρίζονται οργανισμούς και επιθυμούν βελτίωση της ποιότητας των διαδικασιών τους, προσεγγίζουν την ποιότητα από διαφορετική οπτική γωνία. (Wolper, 1995) Ο Crosby ορίζει την ποιότητα ως «συμμόρφωση στις απαιτήσεις». Κατά τον Juran ο ορισμός της ποιότητας είναι: ότι η ποιότητα είναι η καταλληλότητα του προϊόντος/υπηρεσίας στο χρήστη. Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα είναι η διαρκής βελτίωση των διαδικασιών που υπάρχουν με σκοπό την ικανοποίηση του πελάτη. Ο Taguchi ορίζει την ποιότητα ως την ελαχιστοποίηση της απώλειας που ένα προϊόν δημιουργεί στην κοινωνία λόγω της παραγωγής και μεταφοράς του, αλλά και λόγω των απωλειών που οφείλονται στις εσωτερικές του λειτουργίες. (Λαζάρου, 2005).

Η ποιότητα στηρίζεται στην τυποποίηση, την πιστοποίηση και τη διαπίστευση. Η τυποποίηση εξασφαλίζει την καθιέρωση σωστών και αποδεκτών μεθόδων, δοκιμών και ελέγχων που καταγράφονται σε πρότυπα, προδιαγραφές και κανονισμούς. Η πιστοποίηση προσδιορίζει το βαθμό συμμόρφωσης ενός δοκιμίου προς τις απαιτήσεις της τυποποίησης μέσω ενός φορέα πιστοποίησης. Η διαπίστευση εξετάζει και στο τέλος βεβαιώνεται ότι το εργαστήριο ή ο φορέας πιστοποίησης λειτουργεί σωστά και σύμφωνα με τις απαιτήσεις της τυποποίησης και των ειδικών κανονιστικών απαιτήσεων έτσι ώστε οι υπηρεσίες που παρέχονται να είναι αξιόπιστες και σωστές. (Λαζάρου, 2005)

1.8.1 Ποιότητα στον χώρο της Υγείας

Η ποιότητα και η ανάγκη διασφάλισής της στο χώρο των υπηρεσιών υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη αναφορά που έχει καταγραφεί είναι στην αρχαία Αίγυπτο, πάνω σε λίθινες πλάκες. Αναφέρεται το 2000 π.Χ. στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμπί με ποινή η οποία βασίζεται στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή κατάληξη. Ακόμα και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής, στην εποχή του Ιπποκράτη αναφέρεται η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας. Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια στον Κριμαϊκό πόλεμο προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου βασισμένη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Στις αρχές

του 20ού αιώνα, ο γενικός χειρουργός Ernest Avery Codman, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδωσε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Καθιέρωσε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το 1918 θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Φροντίδας (Hospital Standardization Program) το οποίο ήταν πρόδρομος της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), το οποίο είναι ένα σύστημα αξιολόγησης της διασφάλισης της ποιότητας. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως την φροντίδα η οποία παρέχει την καλύτερη έκβαση, για τον ασθενή και καταδεικνύει την επαγγελματική αριστεία από όλους όσους μετέχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας και παράλληλα επιτυγχάνει την αποδοτικότητα και τη σωστή διανομή των πόρων, το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης ασθενών και τις καλές κατάστασής τους καθώς και την καλύτερη εφικτή επιρροή στο τελικό αποτέλεσμα υγείας. (Λαζάρου, 2005).

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. Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012) Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο, πρόβλεψη της ασθένειάς του και ενημέρωση για την υγεία του και η αντιμετώπιση της κατάστασής τους με μοναδικό τρόπο. (Ραφτόπουλος, 2002).

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας και η έγκαιρη παροχή της. (Ραφτόπουλος, 2002).

Παρ' όλο που αρκετοί επιστήμονες ασχολήθηκαν με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ο Avedis Donabedian υπήρξε πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία. Ο πρώτος κλασικός ορισμός που υποστήριξε ο Donabedian (1980) είναι: *«Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»*. (Παπανικολάου, 2007) Η ποιότητα για τον Donabedian είναι συνυφασμένη με το όφελος του ασθενή το οποίο πρέπει να είναι μεγαλύτερο από κάθε αρνητική επίπτωση.

Για να διασφαλιστεί η ποιότητα απαιτούνται οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες για να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση δεδομένων απαιτήσεων ποιότητας από ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Αυτές οι ενέργειες είναι ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, ο καθορισμός των προτύπων ποιότητας, η παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και η δράση με τη συμμετοχή όλων. Οι έλεγχοι στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας είναι προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές που μπορεί να ακολουθηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. ενδεικτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν: η διαχείριση ολικής ποιότητας (total quality management), οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα (quality initiatives), η οριοθέτηση σημείων αναφοράς (benchmarking), οι διαδικασίες διαπίστευσης (accreditation) καθώς και σε ευρύτερο επίπεδο, η υιοθέτηση τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας (evidence – based care). μια από τις περισσότερο γνωστές και ευρύτερα εφαρμόσιμες στρατηγικές είναι ο κλινικός και ιατρικός έλεγχος (clinical – medical audit). (Πετράκη, 2008).

Η διαρκής βελτίωση ποιότητας (continuous quality improvement) αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα, επισημαίνονται οι αποκλίσεις και γίνονται οι διορθωτικές ενέργειες. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Η αξιολόγηση και ο έλεγχος θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της ποιότητας στα περισσότερα συστήματα υγείας. Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξασφαλίζονται αποδοτικότερες υπηρεσίες, ελαχιστοποίηση των ιατρικών

λαθών με ταυτόχρονη μεγιστοποίηση των αποτελεσματικότερης φροντίδας και βελτίωσης των αποτελεσμάτων. (Μουστάκα, 2008).

Σύμφωνα με τον Donabedian υπάρχει ένα διαδομένο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας. Υπάρχουν τρία στοιχεία τα οποία χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση της ποιότητας στην περίθαλψη. Τα τρία αυτά στοιχεία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και δίνουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. η δομή περιλαμβάνει τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα υλικά αποθέματα, τους χρηματικούς πόρους, το ανθρώπινο δυναμικό, την οργανωτική δομή. Η διαδικασία περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών, τον τρόπο παροχής της φροντίδας (τεχνική και ανθρώπινη διάσταση), τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δραστηριότητες, προσβασιμότητα. Το αποτέλεσμα το οποίο αναφέρεται στην έκβαση των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης στην κατάσταση της υγείας του ασθενή. (Τούντας, 2003).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού το οποίο συνδέεται με την παροχή των υπηρεσιών είτε άμεσα είτε έμμεσα. Αυτοί είναι οι ασθενείς, είναι οι κύριοι χρήστες των υπηρεσιών, οι επαγγελματίες υγείας, ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α., οι υπεύθυνοι κόστους των υπηρεσιών, το κράτος, οι ασφαλιστικοί φορείς, και τέλος η κοινωνία. Για τον καθένα ξεχωριστά υπάρχουν ορισμένα οφέλη.

Για τον ασθενή τα οφέλη είναι υγειονομικά, όπου υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος, αποτρέπονται οι επιπλοκές τα λάθη και οι λοιμώξεις. Ψυχολογικά, το περιβάλλον της μονάδας θα επιδράσει στην ψυχολογική του κατάσταση με συνέπεια στην αποτελεσματικότερη αγωγή. Οικονομικά, μικρότερο το κόστος για τον ασθενή εάν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα το πρόβλημα αποτελεσματικότερα και σε μικρό χρονικό διάστημα.

Για τους επαγγελματίες υγείας τα οφέλη εντοπίζονται στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών τους, στην ικανοποίηση που τους προσφέρεται, στον σεβασμό, την εμπιστοσύνη που δέχονται και στην κοινωνική ανοχή από τυχόν λάθη.

Για τις μονάδες υπηρεσιών υγείας τα οφέλη είναι οικονομική, λόγω μείωσης λειτουργικού κόστους και λειτουργικά, γιατί δεν επιβαρύνονται όλες οι υπηρεσίες και τα τμήματα.

Για τα ασφαλιστικά ταμεία τα οφέλη είναι υγειονομική, οικονομικά και κοινωνικά και οφείλονται στην γρήγορη, αποτελεσματική και ικανοποιητική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών

Και τέλος για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο τα οφέλη είναι οικονομικά, λόγω της μείωσης των αναίτιων δαπανών και υγειονομικά γιατί μειώνεται ο χρόνιος αναμονής για την αντιμετώπιση τους προβλήματος και οι χρήστες ικανοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό. (Τζανετάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Οικονομία και υγεία

Η οικονομική κρίση λειτουργεί ως ‘αγκάθι’ στην κοινωνική ζωή του πληθυσμού, λόγω του ότι η μείωση ή η ανυπαρξία του εισοδήματος μειώνει κατά πολύ την ευημερία του και οδηγεί μεγάλα τμήματα του στη φτώχεια.

Η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση και η ανασφάλεια στην εργασία προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές και ψυχολογικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, λόγω της αυξανόμενης κατανάλωσης τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος.

Είναι αυτονόητο, ότι η οικονομική κρίση πέραν του κοινωνικού συνόλου πλήττει και τις υγειονομικές υπηρεσίες, οι οποίες δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον μεγάλο όγκο των ασθενών. (Stuckler, et al., 2009) Οι δυσμενείς επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, λόγω της διαφορετικής κοινωνικής διαστρωμάτωσης, αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και της νοσηρότητας.

Εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα. (Κυριόπουλος, 2011)

Πρόσφατη έρευνα (Stuckler, et al., 2009), κατά την οποία διερευνήθηκε κατά φύλλο και ηλικιακή ομάδα σε δείγμα από 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1%, συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Στην περίπτωση στην οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πάνω από 3% για μεγάλο χρονικό διάστημα η αρνητική συνέπεια στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 4,5%. Ακόμα, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινοπνεύματος, μια διαπίστωση που τεκμηριώνει την υπόθεση της άμεσης σύνδεσης της ανεργίας με ψυχολογικές διαταραχές

Αντιθέτως, η οικονομική κρίση στις βιομηχανικές χώρες, σύμφωνα με διάφορα ευρήματα, έχει στρέψει τα καταναλωτικά πρότυπα προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και έχει ως συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας. (Ruhm, 2000)

Η ύπαρξη δικτύου και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας, είναι αποδεδειγμένο ότι συντελούν στη μείωση των επιπτώσεων που προκαλεί η ανεργία στην υγεία του πληθυσμού.

2.1.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των δημόσιων ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και της κρίσης δανεισμού. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ, η αύξηση του πληθωρισμού, του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους προκάλεσε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις και δυσμενείς επιδράσεις στο σύστημα υγείας και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στράφηκε προς το δημόσιο με αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρατηρήθηκε μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, στην οδοντιατρική περίθαλψη και στις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η κατάσταση αυτή δημιούργησε μεγάλα προβλήματα στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των ανισοτήτων στη χρήση των

υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση στο επίπεδο υγείας γενικότερα. (Κυριόπουλος, 2011).

Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας αυξήθηκαν και παρουσιάστηκαν δυσχέρειες στην εξυπηρέτηση των ασθενών, ενώ στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα εμφανίστηκαν προβλήματα ρευστότητας. Η περικοπή της δημόσιας δαπάνης (φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες) που επιδιώχθηκε πέραν του ότι ήταν εξαιρετικά δύσκολη προκάλεσε δραματική μείωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Έχουν γίνει προσπάθειες για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, την ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας απορροφούν μεγάλο μέρος αυτής της κοινωνικής και οικονομικής αστάθειας. Οι συνέπειες της κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού είναι ιδιαίτερα αισθητές και αλληλένδετες με τη χρονική έκταση και σαφώς την ένταση (ανεργία, μείωση εισοδήματος) της κρίσης. Το δίλημμα παγκοσμιοποίηση ή προστατευτισμός επανέρχεται, αλλά η υπέρβαση του είναι κρίσιμη και επίκαιρη με κύριο μέλημα την δημιουργία μιας νέας παγκόσμιας οικονομικής τάξης με πυρήνα της, την κοινωνική δικαιοσύνη. (Κυριόπουλος, 2011)

2.1.2 Οικονομικά της υγείας

Το αντικείμενο ενασχόλησης των οικονομικών της υγείας είναι η ανάπτυξη του συστήματος υγείας, δηλαδή των υπηρεσιών υγείας, με κύριο και αποκλειστικό σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται προϊόν – εμπόρευμα και ως εκ τούτου θα πρέπει να παρθούν μία σειρά αποφάσεων που σχετίζονται με την παραγωγή αυτών των υπηρεσιών, με τον καθορισμό της τιμής των και με τον τρόπο με το οποίο θα διανεμηθούν στους πολίτες. Οι πόροι που διαθέτει η κοινωνία είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου πρέπει να παράγονται όσο γίνεται καλύτερες, αλλά και αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας με σκοπό την αποκατάσταση και τη βελτίωση της υγείας του πολίτη. Ως εκ τούτου τα Οικονομικά της Υγείας αποτελούν τον κλάδο της Οικονομικής Επιστήμης που μελετά τον τρόπο με τον οποίο θα κατανεμηθούν τα χρήματα στο σύστημα υγείας και θα παραχθούν υπηρεσίες υγείας ώστε να ικανοποιήσουν και να βελτιώσουν την υγεία των πολιτών

μιας χώρας. Στόχος της Οικονομικής της Υγείας είναι η προσπάθεια για τον εντοπισμό εκείνων των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τη διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών επιπτώσεων από την εμφάνιση των φαινομένων της νόσου και του θανάτου.

Τα οικονομικά της υγείας, όπως και η οικονομική επιστήμη, θα πρέπει να απαντήσουν τέσσερις βασικές ερωτήσεις :

- Ποιες είναι οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, ώστε να προγραμματιστεί η παραγωγή τους
- Με ποιο τρόπο θα γίνει η οργάνωση και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας ώστε να παράγουμε όσο γίνεται περισσότερες και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος
- Πως θα διανεμηθούν αυτές οι υπηρεσίες υγείας στους πολίτες μιας χώρας
- Πώς θα αναπτυχθεί το σύστημα υγείας. (Υφαντόπουλος, 2003)

Όπως στην οικονομία υπάρχει το οικονομικό κύκλωμα, έτσι και στα οικονομικά της υγείας υπάρχει αντίστοιχα το οικονομικό κύκλωμα της υγείας. Τα νοικοκυριά που προσφέρουν τους παραγωγικούς συντελεστές είναι αφενός μεν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι), αφετέρου δε επιχειρήσεις που πωλούν τα μηχανήματα, νοικιάζουν ή πωλούν τα κτίρια όπου θα στεγαστούν τα συστήματα υγείας κλπ. Οι επιχειρήσεις που παράγουν το προϊόν είναι τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και γενικότερα όλα τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας, δημόσια και ιδιωτικά. Το αγαθό που τα νοικοκυριά, οι πολίτες, ζητούν είναι οι υπηρεσίες υγείας και η κατανάλωση αυτού του αγαθού θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας τους.

Υπάρχουν ορισμένες βασικές διαφορές ανάμεσα στα οικονομικά της υγείας και στην οικονομική επιστήμη που σχετίζονται με την ιδιαιτερότητα του προϊόντος υπηρεσίες υγείας:

- Η πρώτη διαφορά αφορά το **ποιος καθορίζει τη ζήτηση** των υπηρεσιών υγείας. Ενώ στην περίπτωση ενός οποιοδήποτε άλλου αγαθού, αυτός που καθορίζει τη ζήτηση είναι ο ίδιος ο καταναλωτής, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ο καταναλωτής – πολίτης, αλλά ο επαγγελματίας

υγείας (ιατρός) τον οποίο επισκέπτεται ο πολίτης για το πρόβλημα υγείας του. Ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που θα του πει ακριβώς ποιες υπηρεσίες υγείας και σε τι ποσότητα χρειάζεται να βρει.

- Η δεύτερη διαφορά είναι ο **τρόπος πληρωμής** των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση ενός οποιουδήποτε άλλου αγαθού, η πληρωμή του γίνεται πριν από την κατανάλωσή του (ο καταναλωτής πρώτα πληρώνει, το αγοράζει και στη συνέχεια το καταναλώνει), στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας όμως είναι διαφορετικά. Πρώτα ο καταναλωτής-ασθενής «καταναλώνει» τις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια του ζητείται να πληρώσει. Για παράδειγμα στη περίπτωση νοσηλείας ενός ασθενή στο νοσοκομείο, η πληρωμή γίνεται μόλις εκείνος πάρει εξιτήριο.
- Η Τρίτη διαφορά αφορά το **ποιος πληρώνει** τις υπηρεσίες υγείας. Στην περίπτωση ενός οποιουδήποτε άλλου αγαθού, ο καταναλωτής είναι αυτός που πληρώνει άμεσα το αγαθό, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, αυτές συνήθως θα πληρωθούν από το Ταμείο Ασφάλισης του νοσηλευομένου, είτε από την Ασφαλιστική του Εταιρεία.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις όπου θα χρειαστεί να πληρώσει και να του τα δώσει το Ταμείο του ή η Ασφαλιστική του Εταιρεία εκ των υστέρων. (Κυριόπουλος, 2007).

Το σύστημα υγεία είναι μία οικονομική μονάδα, όπως τόσες άλλες, που οργανώνει την παραγωγική διαδικασία και παράγει μία υπηρεσία, τις υπηρεσίες υγείας. Όπως και στην παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού υπάρχουν:

- οι εισροές (input). Οι εισροές αποτελούνται από ανθρώπινους πόρους, υλικές υποδομές, τεχνολογικό εξοπλισμό, δηλαδή οι παραγωγικοί συντελεστές του συστήματος και οι οικονομικοί πόροι για τη λειτουργία του.
- η παραγωγική διαδικασία (process). Η παραγωγική διαδικασία περιλαμβάνει κάθε πράξη και ενέργεια που συντελείται στο παραγωγικό κύκλωμα του συστήματος υγείας και αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι από την απλή ιατρική επίσκεψη, τις εξετάσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας ως και τις διαχειριστικές οικονομικές πράξεις, συντίθεται αυτό που ονομάζουμε διαδικασία του συστήματος υγείας.

- οι εκροές (output). Η παραγωγική διαδικασία του συστήματος δημιουργεί μια σειρά αναγκαίων εκροών που καταδεικνύουν το βαθμό της λειτουργικής ικανότητας του συστήματος για την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας. Οι εκροές μετρώνται με δείκτες κατά προσέγγιση όπως με τις ημέρες νοσηλείας, με το είδος και την ποσότητα των εξετάσεων με την ποσότητα των φαρμάκων κλπ.
- τα αποτελέσματα (outcome). Ο κύριος σκοπός του συστήματος υγείας και της λειτουργίας της παραγωγικής διαδικασίας είναι παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να μειωθούν οι αρνητικοί δείκτες υγείας και να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. (Θεοδώρου και συν, 2001)

Η ίδια η φιλοσοφία των οικονομικών της υγείας (παραγωγική διαδικασία, παραγωγός ιατρός – νοσοκομείο, καταναλωτής – ασθενής) βρίσκεται πολύ κοντά στην μικροοικονομική μεθοδολογία και ειδικότερα στη θεωρία του καταναλωτή και στη θεωρία του παραγωγού. Όπως και στη μικροοικονομική θεωρία, έτσι και στα οικονομικά της υγείας η δομή της αγοράς παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των τιμών των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας. Αυτό που διαφοροποιεί την αγορά υπηρεσιών υγείας από τις άλλες αγορές αγαθών και υπηρεσιών είναι η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο αυτό και ο συγκεκριμένος τρόπος καθορισμού των τιμών στο δημόσιο τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με τη θεωρία του καταναλωτή, ο καταναλωτής έχει ένα συγκεκριμένο εισόδημα που πρέπει να δαπανήσει και να αγοράσει αγαθά και υπηρεσίες και με δεδομένες τις τιμές των αγαθών και υπηρεσιών, αγοράζει τη μέγιστη δυνατή ποσότητα που μπορεί να αγοράσει ώστε να μεγιστοποιήσει την χρησιμότητα που αποκομίζει από την κατανάλωση των αγαθών. Η θεωρία του καταναλωτή εφαρμόζεται και στα οικονομικά της υγείας για να αναλυθεί η πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Η θεωρία του παραγωγού εξετάζει το πώς ο παραγωγός αποφασίζει για το ποια θα είναι η ποσότητα των παραγωγικών συντελεστών που θα χρησιμοποιήσει ώστε να παράγει το προϊόν υπηρεσίες υγείας και δεδομένης της δομής του συστήματος υγείας να θέσει τιμή για τη συγκεκριμένη υπηρεσία. (Υφαντόπουλος, 2003).

Ο επιστημονικός κλάδος της οικονομικής της υγείας σε μικρο-επίπεδο ασχολείται:

- Με τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης, την ελαστικότητα της ως προς την τιμή των υπηρεσιών υγείας, ως προς το εισόδημα και τις ατομικές προτιμήσεις του καταναλωτή
- Με την διαδικασία παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών σε μικρο-επίπεδο όπως ενός κέντρου υγείας, ενός νοσοκομείου, ενός διαγνωστικού κέντρου, μιας φαρμακοβιομηχανικής επιχείρησης
- Με τη διαμόρφωση του κόστους και τους παράγοντες που το επηρεάζουν
- Με τον τρόπο χρηματοδότησης και τη διαμόρφωση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας
- Με την ορθολογική διαχείριση των χρησιμοποιούμενων πόρων με στόχο, στην περίπτωση των ιδιωτικών επιχειρήσεων, την παροχή υπηρεσιών και το κέρδος
- Και τέλος, ενδιαφέρεται για τη μελέτη εκείνων των οργανωτικο-διοικητικών και διαχειριστικών μεθόδων που θα εξασφαλίζουν την αποδοτικότερη λειτουργία μιας υγειονομικής μονάδας. (Σούλης, 1999).

Η οικονομική της υγείας σε μακρο-επίπεδο ασχολείται:

- Με τα προβλήματα του συστήματος υγείας συνολικά
- Με την εξέλιξη των δαπανών του και τις επιπτώσεις τους στην οικονομία μιας χώρας
- Με τη συμπεριφορά των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας και τις δυνατότητες κάλυψης των αναγκών τους
- Με τον έλεγχο των τιμών και γενικότερα με την αγορά του τομέα υγείας-εξισορρόπηση της ζήτησης και της προσφοράς σε μακρο-επίπεδο
- Με τη διερεύνηση των μηχανισμών εξασφάλισης της ποσοτικής επάρκειας σε ανθρώπινους, υλικούς και χρηματοοικονομικούς πόρους και την προσπάθεια για ποιοτική αναβάθμιση τους και γενικότερα με τις δυνατότητες της οικονομίας για παραγωγή υπηρεσιών υγείας

- Με την αναζήτηση τρόπων μείωσης των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στον τομέα ασφάλισης υγείας
- Και τέλος με την εν γένει, μείωση των ανισοτήτων απέναντι στη νόσο και στο θάνατο. (Σούλης, 1999)

2.2 Δαπάνες Υγείας

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού.

Οι δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τρεις βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας από τη μεριά της κατανάλωσης:

- **Ιατρικές Δαπάνες**, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, αμοιβές οδοντιάτρων, αμοιβές φυσιοθεραπευτών κλπ., δαπάνες για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις, δαπάνες για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες.
- **Νοσοκομειακές Δαπάνες**, που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες εργαστηριακών παρακλινικών εξετάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες για Εξωτερικά Ιατρεία.
- **Φαρμακευτικές Δαπάνες**, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη (οπτικά, ορθοπεδικά, κλπ).

Αν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν οι δαπάνες για την δημόσια υγεία, την πρόληψη και την αγωγή υγείας, για την κατάρτιση και την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, για επενδύσεις και έρευνα και τέλος τις διοικητικές δαπάνες τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως **Συνολικές Δαπάνες υγείας**. (Σούλης, 1999).

Γίνεται φανερό ότι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης. Η δημόσια δαπάνη αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική δαπάνη αφορά τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των καταναλωτών. Το κράτος συμμετέχει ακόμη στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων για τη δημιουργία Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, κ.α.. Η

έννοια της ιδιωτικής επένδυσης, σχετίζεται με την δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους, και κατά συνέπεια έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα. (Λιαρόπουλος, 2010).

Για να ξεπεραστεί το πρόβλημα της διαφοράς των τιμών σε κάθε χώρα και για να εξομοιωθεί η αγοραστική δύναμη των καταναλωτών, οι δαπάνες υγείας μπορούν να μετρηθούν είτε σε δολάρια είτε ως ποσοστό επί του ΑΕΠ. Η αδυναμία καταγραφής των ιδιωτικών δαπανών σε ορισμένες χώρες έκανε τους διεθνείς οργανισμούς να υιοθετήσουν ένα νέο δείκτη όπου οι δαπάνες υγείας μπορούν να εκφραστούν και ως ποσοστό επί της εγχώριας κατανάλωσης. (Θεοδώρου και συν, 2001).

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 1965-1975 υπάρχει μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας (ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών γιατί το 62% προερχόταν από το δημόσιο τομέα) λόγω της οικονομικής ανάπτυξης αλλά και της προσπάθειας θεμελίωση ενός κράτους πρόνοιας. Τη δεκαετία 1975-1985 υπήρξε μια ελεγχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας, αλλά παρ' όλα αυτά δεν επέφεραν αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού λόγω της πετρελαϊκής κρίσης του 1974 σε συνδυασμό με τις έντονες πληθωριστικές πιέσεις, την αυξανόμενη ανεργία και την μείωση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης οδήγησαν σε αντίστοιχη κρίση στα συστήματα υγείας. (Σουλιώτης, 2000).

Σε πραγματικούς όρους μετά την ανοδική πορεία των δαπανών αρκετές χώρες ήρθαν αντιμέτωπες με χρηματοδοτικά ελλείμματα. Λόγω αυτού περιορίστηκαν οι προς διάθεση πόροι σε άλλους τομείς της οικονομίας μετακυλώντας μέρος των συνολικών υγειονομικών δαπανών στην ιδιωτική δαπάνη με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα. Στις επόμενες δεκαετίες (1980 και στις αρχές του 1990) η ανοδική πορεία των συνολικών δαπανών υγείας στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών συνεχίστηκε. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται συγκριτικά μεγαλύτερη αύξηση στις υγειονομικές δαπάνες την περίοδο 1990-1993 σε σχέση με τα επόμενα 6 χρόνια 1993-1998, όπου οι περισσότερες χώρες μείωσαν το συνολικό κόστος υγείας επιφέροντας ταυτόχρονη μείωση στο ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία τη συγκεκριμένη περίοδο από 8,11% το 1993 σε 8,02% το 1998 (παραμένοντας σχεδόν αμετάβλητες από χρονιά σε χρονιά).

Αντιθέτως, τα επόμενα χρόνια (1998-2002) λόγω της ταχείας εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, της γήρανσης του πληθυσμού και των μέτρων συγκράτησης για την μείωση του κόστους της προηγούμενης περιόδου παρατηρείται δραματική αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ. (Towse & Sussex, 2000) Αυτήν την χρονολογική περίοδο, η χαμηλή οικονομική ανάπτυξη σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες λόγους εκτίναξε τις υγειονομικές δαπάνες από 8,02% του ΑΕΠ το 1998 σε 8,6% του ΑΕΠ το 2002.

Συνοψίζοντας, οι συνολικές δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ μέσα στην δεκαετία 1970-1980 αυξήθηκαν από 5,33 % σε 7,05%, ενώ την δεκαετία 1980-1990 η αύξηση ήταν σχεδόν ανεπαίσθητη (0,30%). Την επόμενη δεκαετία 1990-2000, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν από 7,35% σε 8,09%, όπου μειώθηκε ο ρυθμός αύξησης κατά το ήμισυ, ήτοι από 1,72% σε 0,74% σε σχέση με της δεκαετίας 1970-1980.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ: 1970-2002

| Χώρα | 1970 | 1980 | 1990 | 1993 | 1998 | 2000 | |
|-----------|---------------|------|------|------|------|------|--|
| Αυστραλία | 5,6 (1971) | 7 | 7,8 | 8,2 | 8,6 | 9 | |
| Αυστρία | 5,3 | 7,6 | 7,1 | 7,9 | 7,7 | 7,7 | |
| Βέλγιο | 4 | 6,4 | 7,4 | 8,1 | 8,6 | 8,8 | |
| Καναδάς | 7 | 7,1 | 9 | 9,9 | 9,2 | 8,9 | |
| Τσεχία | | | 5 | 7,2 | 7,1 | 7,1 | |
| Δανία | 8 (1971) | 9,1 | 8,5 | 8,8 | 8,4 | 8,4 | |
| Φιλανδία | 5,6 | 6,4 | 7,8 | 8,3 | 6,9 | 6,7 | |
| Γαλλία | 5,4 | 7,1 | 8,6 | 9,4 | 9,3 | 9,3 | |
| Γερμανία | 6,2 | 8,7 | 8,5 | 9,9 | 10,6 | 10,6 | |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| Ελλάδα | 6,1 | 6,6 | 7,4 | 8,8 | 9,4 | 9,7 | |
| Ουγγαρία | | | | 7,7 | 7,3 | 7,1 | |
| Ισλανδία | 4,7 | 6,2 | 8 | 8,4 | 8,6 | 9,2 | |
| Ιρλανδία | 5,1 | 8,4 | 6,1 | 7 | 6,2 | 6,4 | |
| Ιταλία | | | 8 | 8,1 | 7,7 | 8,1 | |
| Ιαπωνία | 4,5 | 6,5 | 5,9 | 6,5 | 7,2 | 7,6 | |
| Λουξεμβούργο | 3,6 | 5,9 | 6,1 | 6,2 | 5,8 | 5,5 | |
| Μεξικό | | | 4,8 | 5,8 | 5,4 | 5,6 | |
| Ολλανδία | 6,9 (1972) | 7,5 | 8 | 8,6 | 8,1 | 8,2 | |
| Νέα Ζηλανδία | 5,1 | 5,9 | 6,9 | 7,2 | 7,9 | 7,9 | |
| Νορβηγία | 4,4 | 7 | 7,7 | 8 | 8,5 | 7,7 | |
| Πολωνία | | | 4,9 | 5,9 | 6 | 5,7 | |
| Πορτογαλία | 2,6 | 5,6 | 6,2 | 7,3 | 8,4 | 9,2 | |
| Σλοβακία | | | | | 5,7 | 5,5 | |
| Ισπανία | 3,6 | 5,4 | 6,7 | 7,5 | 7,5 | 7,5 | |
| Σουηδία | 6,9 | 9,1 | 8,4 | 8,6 | 8,3 | 8,4 | |
| Ελβετία | 5,4 | 7,3 | 8,3 | 9,4 | 10,3 | 10,4 | |
| Τουρκία | 2,4 | 3,3 | 3,6 | 3,7 | 4,8 | 6,6 | |
| Ηνωμένο Βασίλειο | 4,5 | 5,6 | 6 | 6,9 | 6,9 | 7,3 | |
| ΗΠΑ | 6,9 | 8,7 | 11,9 | 13,3 | 13 | 13,1 | |
| μ.ο. ΟΟΣΑ | 5,33 | 7,05 | 7,35 | 8,11 | 8,02 | 8,09 | |

Πηγή: (Σίσκου, 2006)

Οι αναλυτές προσπαθούν να συνυπολογίσουν μαζί με τις δαπάνες υγείας και το ποσοστό της παραοικονομίας στο τομέα της υγείας έτσι ώστε να δώσουν τον πραγματικό ποσοστό του ΑΕΠ των δαπανών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα η γρήγορη μεγέθυνση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας με ανορθολογικό τρόπο, βοήθησε να εμφανιστεί το φαινόμενο της παραοικονομίας και στον κλάδο της υγείας. Οι ελληνικές δαπάνες υγείας παρουσιάζονται για το 1993 στο 8,8%, ενώ σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των αναλυτών πλησιάζουν το 10% συνυπολογίζοντας την κατανάλωση της «παράλληλης οικονομίας». (Σούλης, 1999).

Η παραοικονομία συναντάται κυρίως στην κατανάλωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας με τις ιατρικές επισκέψεις και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Στο δημόσιο τομέα συμβαίνει με τις παράτυπες αμοιβές για χειρουργικές επεμβάσεις ή και για αμοιβές ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στον ιδιωτικό τομέα ενώ αρχικά αυξανόταν με έντονους ρυθμούς μετά από την κάλυψη των περισσότερων πράξεων και αμοιβών από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες άρχισε να αποκτά σημαντική μείωση. Οι αιτίες της παραοικονομίας είναι:

- Χαμηλή ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας
- Χαμηλές αμοιβές ιδιαίτερα των γιατρών του ΙΚΑ
- Υπερπροσφορά ιατρικού σώματος
- Προκλητή ζήτηση, ως η επιδίωξη των γιατρών για την αύξηση των εισοδημάτων τους καθορίζοντας ελεύθερα την αμοιβή και των όγκο των υπηρεσιών τους,
- Έλλειψη οικογενειακών γιατρών
- Λίστες αναμονής στα νοσοκομεία
- Έλλειψη εμπιστοσύνης για χειρουργικές επεμβάσεις με παράλληλη αίσθηση μεγαλύτερης ασφάλειας και φροντίδας μετά την παράνομη πληρωμή
- Έλλειψη σύγχρονων οργανωτικών και διοικητικών μεθόδων στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. (Σούλης, 1999).

Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές στην κατανομή των υγειονομικών δαπανών ανά είδος υγειονομικής φροντίδας. Η δαπάνη για τη νοσοκομειακή περίθαλψη σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είναι αυξημένη, αλλά με πτωτικές τάσεις, η οποία το 2003 άγγιζε το 34,9% των συνολικών δαπανών υγείας. Δεύτερη στην κατάταξη ακολουθεί η εξωνοσοκομειακή φροντίδα με 28,1% και στη συνέχεια η φαρμακευτική, η οποία περιλαμβάνει και την αγορά θεραπευτικών συσκευών και υγειονομικού υλικού, με 17,5%. Οι χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν κατά μέσο όρο λιγότερο από το 6% των συνολικών δαπανών υγείας στη συλλογική φροντίδα υγείας (ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και διοίκηση του συστήματος).

Στην Ελλάδα λόγω της μη εφαρμογής του Συστήματος Λογαριασμού Υγείας-ΣΛΥ του ΟΟΣΑ, δεν υπάρχουν τα απαραίτητα δεδομένα σχετικά με την κατανομή της συνολικής δαπάνης, μόνο για τη φαρμακευτική δαπάνη υπάρχουν στοιχεία η οποία σε κάποια έτη διαφοροποιείται σημαντικά από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η νοσοκομειακή περίθαλψη στη διαμόρφωση της συνολικής δαπάνης υγείας παρουσιάζει φθίνουσα πορεία, σε αντίθεση με αυτό της εξωνοσοκομειακής, το οποίο ακολουθεί σταθερά ανοδική πορεία. Αυτό το φαινόμενο οφείλεται στην υποκατάσταση των υπηρεσιών, καθώς τα τελευταία χρόνια περισσότεροι πολίτες προτιμούν να επιλέγουν ανοικτές, εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και λιγότερο νοσοκομειακές. (Λιαρόπουλος, 2010).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.

Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας ανά τομέα περίθαλψης, Ελλάδα.

| Δαπάνες | 1990 | 1994 | 1998 |
|--|-------|-------|-------|
| Νοσοκομειακή | 40,13 | 37,73 | 37,11 |
| Εξωνοσοκομειακή (ιατρική και οδοντιατρική) | 37,64 | 39,63 | 41,89 |
| Φαρμακευτική | 14,43 | 18,19 | 15,63 |

| | | | |
|--------|------------|------------|------------|
| Λοιπή | 7,79 | 4,45 | 5,37 |
| Σύνολο | 100 | 100 | 100 |

Πηγή: (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002).

Προκειμένου να οριστούν κατάλληλα μέτρα ελέγχου των δαπανών υγείας θα πρέπει πρώτα να υπάρχει ακριβής γνώση των παραγόντων που ωθούν προς τα πάνω τις υγειονομικές δαπάνες. Κυριότεροι λόγοι αύξησης αυτών είναι οι παρακάτω:

- Η αύξηση του όγκου των υπηρεσιών που καταναλώνονται ανά άτομο (ιατρικές επισκέψεις, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις) γεγονός που σχετίζεται με την αύξηση της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών λόγω μεγαλύτερης ενημέρωσης του πληθυσμού.
- Η αύξηση των τιμών των υγειονομικών υπηρεσιών οφείλεται στην αύξηση των εισοδημάτων και στην επέκταση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.
- Οι δημογραφικοί παράγοντες: αφενός η μείωση των γεννήσεων και αφετέρου η αύξηση των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού είναι συνηθισμένα αίτια για την αύξηση των υγειονομικών δαπανών. Παρ' όλα αυτά ο επιστημονικός αντίλογος αναφέρει τα εξής 3 κύρια σημεία:
- οι καλύτερες και οι δαπανηρότερες συνθήκες υγείας επιφέρουν την γήρανση του πληθυσμού,
- επειδή οι περισσότερες δαπάνες γίνονται στα τελευταία χρόνια της ζωής του ατόμου, λόγω της αύξησης της μέσης ηλικίας θανάτου, οι δαπάνες υγείας μετατίθενται αλλά δεν επιτείνονται,
- οι δαπάνες αντιμετώπισης της ίδιας ασθένειας μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία.
- Ενώ η ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας συνέβαλε στη μείωση της θνησιμότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, στον περιορισμό της εμφάνισης πολλών νόσων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του

πληθυσμού, θεωρητικά θα συνέβαλε στην μείωση των δαπανών αλλά η ταυτόχρονη αύξηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων αντισταθμίζει τα παραπάνω και τελικά το συνολικό κόστος αυξάνεται.

- Το ποσοστό απασχολούμενων στον υγειονομικό τομέα, ο οποίος είναι «εντάσεως εργασίας», αυξήθηκε με το πέρασμα των δεκαετιών με συνέπεια την αύξηση των υγειονομικών δαπανών.
- Ο ιατρικός πληθωρισμός (4,9 γιατροί/1000 κατοίκους στην Ελλάδα ενώ ο μέσος όρος των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ είναι 3 γιατροί/1000 κατοίκους το 2004) δημιουργεί προβλήματα, καθώς είναι αιτία για την ύπαρξη προκλητής ζήτησης κυρίως για φαρμακευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες. (Λιαρόπουλος, 2010).

2.3 Χρηματοδότηση

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων τις μεθόδους χρηματοδότησης αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος τα κριτήρια κατανομής τους. (Σούλης, 1999) Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα του και την ικανοποίηση των πολιτών, επειδή καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και έχει σχέση με τις διαδικασίες άντλησης των πόρων. (Παπαδοπούλου, 2011).

Εντοπίζονται τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και τέλος οι ιδιωτικές πληρωμές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3.

Κύριες πηγές χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα 1980–2004 (% των συνολικών δαπανών για την υγεία).

| Πηγές χρηματοδότησης | % Συνολικές δαπάνες για την υγεία | | |
|------------------------------|-----------------------------------|------|------|
| | 1980 | 1990 | 2000 |
| Κρατικός προϋπολογισμός | | | |
| Κοινωνική ασφάλιση | | | |
| Συνολική δημόσια δαπάνη | 55,6 | 54 | 52,6 |
| Ιδιωτική ασφάλιση | | | 2,5 |
| Ίδιεςπληρωμές(out of pocket) | | | 44,9 |
| Συνολική ιδιωτική δαπάνη | 45,4 | 46 | 47,4 |

Πηγή: (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009) από OECD Health data, 2006

Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας, όπως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ κ.λπ.. Αποτελείται από τη γενική φορολογία (φόρος εισοδήματος, Φ Π Α κ.α.) και από τους ειδικούς φόρους (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα που είναι συνήθως βλαβερά για την υγεία). Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της εν λόγω πηγής χρηματοδότησης είναι η ευκολότερη τοποθέτηση ορίων, αλλά και περιορισμών για τον έλεγχο των δαπανών υγείας και την ένταξή της στο γενικό σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής της κάθε κυβέρνησης. Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι από τη μία πλευρά, αυτού του είδους η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής, και από την άλλη επικρατεί γενική απροθυμία και αποφυγή της πληρωμής των φόρων στην Ελλάδα. (Παπαδοπούλου, 2011).

Η κοινωνική ασφάλιση μέσω των ασφαλιστικών ταμείων είναι η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η κύρια πηγή εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων. Επίσης, πηγή εσόδων των ταμείων είναι και η κρατική επιχορήγηση. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελευθερία επιλογής και

ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων. Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφέρει μεταξύ τους. (Λιαρόπουλος, 2010).

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές αποτελείται είτε από άμεσες πληρωμές με βάση το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών είτε από πληρωμές μέσω συμβολαίων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ χρησιμοποιείται άλλοτε ως κύριο και άλλοτε ως συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Είναι εύκολα κατανοητό ότι με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται ενός βαθμού ελευθερία για τα άτομα, τα οποία μπορούν να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων κάλυψης, ανάλογα με τις εισοδηματικές τους δυνατότητες, ταυτόχρονα όμως οδηγεί άλλες πληθυσμιακές ομάδες στον αποκλεισμό. (Σουλιώτης, 2000).

Οι δαπάνες αυτές ήταν και παραμένουν και σήμερα σε υψηλά επίπεδα. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά παραγόντων όπως:

- η υπανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος
- ο κατακερματισμός του συστήματος και η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη
- η χαμηλή ποιότητα και η αξιοπιστία του δημόσιου συστήματος σε συνδυασμό με την περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας
- ο δυσανάλογος μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4.

Σύνθεση δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ.

| Έτος | Δημόσια δαπάνη | | | Ιδιωτική δαπάνη |
|------|--------------------|-------------------------|--------|-----------------|
| | Κοινωνική ασφάλιση | Κρατικός προϋπολογισμός | Σύνολο | |
| 1975 | 1,6 | 1 | 2,6 | 2,5 |
| 1988 | 2 | 3,1 | 5,1 | 3 |
| 1998 | 1,9 | 3,3 | 5,2 | 3,2 |

| | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | |
| 2000 | 2,4 | 2,8 | 5,2 | 4,5 |

Πηγή: (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009) από Νιάκας Δ. 2002, Ματσαγγάνης Μ. 2007.

Μετά από τη σύγκριση των δαπανών του 1975 και του 2000 υπήρξε μια μικρή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών ενώ οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν διπλασιάστηκαν.

Εκτός από τις πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, εξαιρετική σημασία έχουν οι επιμέρους χρηματοδοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, γενικά, είναι το ημερήσιο νοσήλιο (κλειστό, ανοικτό, σπαστό ή ευλύγιστο), η πληρωμή κατά πράξη (fee for services), οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί (global budgets), οι ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (diagnostic related groups, DRGs), η αποζημίωση ανά περίπτωση νοσηλείας και η αποζημίωση ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

2.3.1 Οι κλασικές μέθοδοι χρηματοδότησης

Η πληρωμή των νοσοκομειακών υπηρεσιών γίνεται με το ημερήσιο νοσήλιο (per diem). Το ημερήσιο νοσήλιο περιλαμβάνει το κόστος των ιατρικών, νοσηλευτικών, φαρμακευτικών, εργαστηριακών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο σε κάθε ασθενή-καταναλωτή και πληρώνεται για κάθε μέρα νοσηλείας από τον ίδιο ή από τον ασφαλιστικό φορέα. (Σούλης, 1999).

Το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης επηρεάζεται από τον αριθμό των νοσηλευθέντων, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας. Ανάλογα με τον τρόπο που διαμορφώνεται η τιμή του νοσηλίου συναντάται στις παρακάτω μορφές:

Ημερήσιο Κλειστό νοσήλιο

Ημερήσιο Κλειστό νοσήλιο είναι το πάγιο ποσό το οποίο δεν επηρεάζεται από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν από τη νοσηλευτική μονάδα στον ασθενή και διαμορφώνεται μετά από συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται είναι η παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, η διατροφή του, οι εργαστηριακές εξετάσεις, η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα, οι εγχειρήσεις και η νάρκωση. Το κλειστό νοσήλιο προκαλεί πληθωριστικές πιέσεις γιατί το νοσοκομείο το μόνο κίνητρο που έχει για να αυξήσει τα έσοδα του είναι η παράταση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών. (Φουστέρη, 2011).

Ημερήσιο Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο

Ένα μέρος αυτού είναι δεδομένο και σταθερό, ενώ το κόστος μεταβάλλεται ανάλογα με την ιατρική ειδικότητα και διαγνωστική ομάδα και βασίζεται στη λογική ότι διαφορετική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες. (Κοντούλη Γείτονα, 1992).

Ανοικτό νοσήλιο

Αποτελεί την πάγια ημερήσια καταβολή στο νοσοκομείο. Αποτελείται από ένα σταθερό μέρος για όλους τους νοσηλευόμενους, το οποίο αφορά τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες και ένα μεταβλητό μέρος που εξαρτάται από το είδος της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας που μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Η επιπλέον ιατρική πράξη κοστολογείται κατά πράξη.

Το ημερήσιο νοσήλιο εφαρμόζεται κυρίως σε νοσοκομεία του δημόσιου τομέα. Στα ιδιωτικά ιδρύματα η πληρωμή γίνεται με την αποζημίωση κατά πράξη σε συνδυασμό με ένα είδος κλειστού νοσηλίου για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες. (Σούλης, 1999).

Ο μηχανισμός χρηματοδότησης με βάση το ημερήσιο νοσήλιο θεωρείται πληθωριστικός και έχει μερίδιο ευθύνης για τα πιο κάτω μειονεκτήματα:

- Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου και έχει σαν συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών
- Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί ταυτίζεται περισσότερο με τις μέρες νοσηλείας, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο παράγων φιλοξενία, παραμονή, σε σχέση με την παροχή ιατρικών φροντίδων
- Η τιμή ημέρας έχει αποδειχθεί πληθωριστική με την έννοια ότι τα νοσοκομεία αυξάνουν τα έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας
- Τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα. (Κοντούλη Γείτονα, 1992).

Πληρωμή κατά πράξη

Το σύστημα αυτό ισχύει κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία χρεώνουν τους ασθενείς την κάθε παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία. Παρά το ότι οι τιμές για κάθε ξεχωριστή υπηρεσία είναι προκαθορισμένες ο γιατρός έχει την ευχέρεια να αυξήσει τα κέρδη του νοσοκομείου μεγιστοποιώντας τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, παραγγέλνοντας περισσότερες ακτινοδιαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις από το αναγκαίο. Ο τρόπος αυτός είναι δαπανηρός τόσο για τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς όσο και για τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, γιατί είναι πολύ δύσκολο να ελέγξουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών που καταναλώθηκαν από τον ασθενή. (Σούλης, 1999).

2.3.2 Οι σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης

Οι κλασικές τεχνικές αποζημίωσης και πληρωμής των νοσηλευτικών υπηρεσιών δεν έχουν καταφέρει να συγκρατήσουν το νοσοκομειακό κόστος. Αυτό οφείλεται, κυρίως, στην αδυναμία εφαρμογής νέων οργανωτικο-διοικητικών

μεθόδων. Η υιοθέτηση νέων εναλλακτικών προτύπων χρηματοδότησης είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και ταυτόχρονα της ελαχιστοποίηση του κόστους.

Οι σημαντικότερες τεχνικές χρηματοδότησης ή τα εναλλακτικά πρότυπα αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι:

- Ο Σφαιρικός Προϋπολογισμός (Global Budget)
- Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups DRG's)

Σφαιρικός προϋπολογισμός

Είναι ένα σύγχρονο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων που εφαρμόζεται από το 1983 στη Γαλλία. Η χρηματοδοτική αυτή μορφή χρησιμοποιείται συνήθως σε συστήματα με έντονη παρέμβαση της κεντρικής διοίκησης (Βρετανία, Ελβετία, Γερμανία κλπ.).

Βάση του μηχανισμού αυτού το κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο συνολικό προϋπολογισμό παίρνοντας υπ' όψιν:

- Τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς,
- Την αύξηση των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων και
- Τις ιδιαίτερες ανάγκες του νοσοκομείου.

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός συντάσσεται με τη συνεργασία των υπεύθυνων των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου. Ο προϋπολογισμός αυτός συμφωνείται, μετά από διαπραγμάτευση, μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου, των ασφαλιστικών ταμείων και της κεντρικής διοίκησης. Η κοινωνική ασφάλιση προκαταβάλλει τις δαπάνες σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, συνήθως σε δώδεκα μηνιαίες δόσεις

Πλεονέκτημα αυτής της χρηματοδοτικής τεχνικής είναι η μη δυνατότητα αναθεώρησης, αφού ο έλεγχος των δαπανών είναι κύριο μέλημα της διαχείρισης του

νοσοκομείου προκειμένου να αυξηθούν τα κέρδη με τη μείωση του λειτουργικού του κόστους.

Η ικανοποιητική εφαρμογή της χρηματοδοτικής αυτής τεχνικής εξαρτάται από τις προβλέψεις των υπευθύνων των τμημάτων για την εξασφάλιση της ποιότητας και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Σούλης, 1999).

Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες

Το σύστημα αυτό χρηματοδότησης εφαρμόζεται στις ΗΠΑ από το 1983 και είναι γνωστό ως το σύστημα FETTER (Diagnosis Related Groups, ή DRG's) ή ως το σύστημα Διαγνωσμένων ομάδων θεραπείας ή το λεγόμενο Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο, KEN. Αναπτύχθηκε από τον καθηγητή Fetter και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο Yale των ΗΠΑ. (Κοντούλη Γείτονα, 1992) Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ο ασθενής εντάσσεται σε κάποια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη διάγνωση και η δαπάνη καταβάλλεται στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστικό φορέα.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό είναι η εκ των προτέρων κοστολόγηση των ιατρικών, νοσηλευτικών και εργαστηριακών υπηρεσιών ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής. Η αμοιβή καταβάλλεται μετά το εξιτήριο του ασθενή χωρίς να υπάρχει κάποια πρόσθετη αμοιβή ακόμα και στην περίπτωση που η θεραπεία κοστίζει παραπάνω. Το αποτέλεσμα αυτής της μεθόδου είναι η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και η μείωση του κόστους λόγω μη πραγματοποίησης πολλών και περιττών εξετάσεων.

Η συνολική τιμή για κάθε ασθενή διαμορφώνεται από την αρχική διάγνωση, εντοπίζεται η πάθηση η οποία θεωρείται η βασική αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, τις δευτερεύουσες διαγνώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς και παρατείνουν τη διαμονή του στο νοσοκομείο, την ηλικία και το φύλο του ασθενούς, τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιήθηκαν και τέλος την αιτία εξόδου από το νοσοκομείο, αποθεραπεία, μεταφορά σε άλλη νοσηλευτική μονάδα, έξοδος με πρωτοβουλία του ασθενούς, θάνατος. (Σούλης, 1999).

Το χρηματοδοτικό αυτό σύστημα έχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα το οποίο είναι ο έλεγχος του κόστους επειδή η αμοιβή του νοσοκομείου συνδέεται με το βαθμό ανάρρωσης και όχι με τη διάρκεια νοσηλείας. Ένα βασικό μειονέκτημα είναι η κατάταξη των ασθενών σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες ή ακόμη και η πολύ γρήγορη έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο με συνέπεια την αδυναμία του ασθενή να ικανοποιήσει τις βασικές καθημερινές ανάγκες του. (Κοντούλη Γείτονα, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Οικονομική Αξιολόγηση

Οικονομική αξιολόγηση ονομάζεται η συγκριτική ανάλυση των εναλλακτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας σε σχέση με τα κόστη, μετρούμενα σε χρηματικές μονάδες, και με τα αποτελέσματα τους, μετρούμενα σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες (π.χ. επιπλέον χρόνια ζωής). (Drummond, et al., 2002) Η οικονομική αξιολόγηση και η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας αποτελούν, σήμερα, την ουσιαστική θεωρητική προσέγγιση των οικονομικών της υγείας, ενώ η αναγκαιότητα μελέτης της έχει μεγάλη σημασία στο σύγχρονο οικονομικό περιβάλλον με τα τεράστια δημοσιονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες του δυτικά ανεπτυγμένου κόσμου. Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί μια επιμέρους μεθοδολογική προσέγγιση αξιολόγησης του συστήματος υγείας και των ιατρικών φροντίδων και μπορεί να οριστεί ως «συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών μεθόδων δράσης, με βάση τα κόστη και τα αποτελέσματά τους». Δηλαδή, κάθε οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ανάλυση μίας εναλλακτικής θεραπευτικής προσέγγισης ανάμεσα σε άλλες ανταγωνιστικές επιλογές.

Η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται συχνά στον ιατρικό χώρο σαν ένα μεθοδολογικό εργαλείο που βοηθά να λαμβάνονται ορθολογικότερες αποφάσεις κατανομής πόρων. Πρέπει να σημειωθεί ότι η οικονομική αξιολόγηση δεν συγχέει την οικονομική αποτελεσματικότητα με την ιατρική αποτελεσματικότητα, αλλά χρησιμοποιεί τα επιστημονικά στοιχεία όσων αφορά στις ιατρικές πρακτικές για να

αποτυπώσει το κόστος αυτών ή και να προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε εναλλακτικές πράξεις με το ίδιο υγειονομικό αποτέλεσμα. (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994) Δηλαδή, χρησιμοποιώντας αποδεκτά ιατρικά αποτελέσματα γίνεται προσπάθεια μέσω της οικονομικής αξιολόγησης να επιλεγθεί η άριστη σχέση εισροών-εκροών, με δεδομένη τη στενότητα των πόρων.

Τα κυριότερα είδη οικονομικής αξιολόγησης είναι:

Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost-minimization analysis CMA)

Αυτό το είδος χρησιμοποιείται όταν σκοπός είναι ο υπολογισμός του κόστους μιας ιατρικής παρέμβασης ή πράξης και χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση όπου τα εναλλακτικά προγράμματα υγείας ή οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι καταλήγουν σε ισοδύναμα υγειονομικά αποτελέσματα. Η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους απαντά στην ερώτηση ποια θεραπεία ή ιατρική παρέμβαση κοστίζει λιγότερο. Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα της απλότητας καθώς η επιλογή γίνεται μεταξύ της λύσης με το μικρότερο κόστος. Συχνά όμως η ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους θεωρείται ότι δεν είναι αξιόπιστη, καθώς συγκρίνει δύο διαφορετικές πρακτικές που αρχικά φαίνονται κλινικά ισοδύναμες όμως δύσκολα δύο διαφορετικές παρεμβάσεις έχουν κλινικά ισοδύναμα αποτελέσματα ώστε να μπορούν να συγκριθούν με αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ελαχιστοποίησης κόστους αποτιμώνται σε χρηματικές μονάδες που δαπανώνται για κάθε αποτέλεσμα.

Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis CEA)

Η ανάλυση κόστους- αποτελεσματικότητας (CEA) είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος και αποτελεί τεχνική σύγκρισης του καθαρού χρηματικού κόστους μίας θεραπευτικής παρέμβασης με κάποια μονάδα μέτρησης κλινικού αποτελέσματος ή αποτελεσματικότητας, όπως είναι τα ποσοστά θνητότητας ή έτη ζωής. (Udvarhelyi, et al., 1992) Η ανάλυση κόστους γίνεται με οικονομικούς όρους

και μετράται σε χρηματικές μονάδες, ενώ τα οφέλη εκτιμώνται σε φυσικούς όρους και μετρώνται σε φυσικές μονάδες τα αποτελέσματα. Η μέθοδος αυτή θεωρείται μία πλήρης μορφή οικονομικής αξιολόγησης και από την πλευρά του κόστους και από την πλευρά των αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιείται πολύ συχνά στην ιατρική και ουσιαστικά μετρά το αποτέλεσμα που αποκομίζεται από μία κλινική πρακτική σε σχέση με τους πόρους που δαπανήθηκαν για την εφαρμογή της. Η πιο συνηθισμένη μονάδα αποτελέσματος είναι το επιπρόσθετο έτος ζωής χάρη στην παροχή της υπό αξιολόγηση παρέμβασης υγείας. Ο δείκτης αποδοτικότητας (Cost-Effect Ratio, CER) εκφράζεται ως κόστος σε χρηματικές μονάδες ανά μονάδα αποτελέσματος σε φυσικές μονάδες:

$$CER = \frac{cost}{effect} \quad (2)$$

Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται για τη σύγκριση ιατρικών μέτρων ή προγραμμάτων που αντιμετωπίζουν μια συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση και παρουσιάζουν διαφορετικά κόστη και αποτελέσματα, εκφρασμένα στις ίδιες μονάδες (π.χ. χορήγηση δύο διαφορετικών θεραπειών για την ίδια πάθηση). Ωστόσο, η CEA δεν μπορεί να αξιολογήσει μεμονωμένες πρακτικές υγείας ή να συγκρίνει ανόμοιες πρακτικές (λ.χ. μια δοκιμασία διαλογής για υπέρταση με ένα εμβόλιο για γρίπη).

Ανάλυση κόστους-οφέλους (cost – benefit analysis CBA)

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ανάλυση, η οποία αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή οικονομικής αξιολόγησης, μία θεραπευτική παρέμβαση αξίζει να υιοθετηθεί όταν το κοινωνικό όφελος από αυτήν ξεπερνά το κόστος της παρέμβασης. Σκοπός της ανάλυσης αποτελεί η βελτίωση μιας κατάστασης από την εφαρμογή ενός προγράμματος. Τα κόστη υπολογίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και στις δύο προηγούμενες αναλύσεις αλλά και τα οφέλη-αποτελέσματα αποτιμώνται σε χρηματικές μονάδες, προκειμένου να συγκριθούν ευκολότερα με το αντίστοιχο κόστος του προγράμματος. Έτσι, με την ανάλυση κόστους-οφέλους μπορούμε να ανακαλύψουμε αφενός αν υπάρχει καθαρό κοινωνικό όφελος από μία ιατρική παρέμβαση, αφετέρου αν αυτή η ιατρική παρέμβαση προσφέρει μεγαλύτερο όφελος από τις εναλλακτικές παρεμβάσεις. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει ένα σημαντικό

μειονέκτημα που αφορά στη χρηματική αξιολόγηση των κοινωνικών ωφελειών από επενδύσεις ή προγράμματα υγείας. Είναι αρκετά δύσκολο να δοθεί μια «τιμή» στην ανθρώπινη ζωή. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους έχει κριθεί αρνητικά αυτή η μέθοδος αξιολόγησης.

Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας.

Συγκρίνει διαφορετικά προγράμματα και τα κόστη που επιφέρουν, με τα αποτελέσματα τους αποτιμώμενα σε μονάδες χρησιμότητας. Αποτελεί την απόδοση των πόρων που δαπανώνται ως προς τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής που κερδίζονται (QUALYs) και εκφράζει τα υγειονομικά αποτελέσματα όπως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας αλλά, παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα να αποκαλυφθούν οι προτιμήσεις των ατόμων για αυτά τα αποτελέσματα. Η συγκεκριμένη ανάλυση, όπως τονίστηκε, παρουσιάζει ομοιότητες με την ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, αλλά διαφέρει στο ότι δίνει την αναλογία δαπανών και συνολικού οφέλους που κερδίζεται από την θεραπευτική παρέμβαση, συνεκτιμώντας την επιμήκυνση της ζωής και τη βελτιωμένη ποιότητα αυτής. Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική στην περίπτωση που επιδιώκεται να διερευνηθεί ο τρόπος που θα πραγματοποιηθεί η διανομή των υγειονομικών πόρων. (Σούλης, 1999).

Οι πρώτες δύο μέθοδοι μπορούν να υπολογίσουν την τεχνική αποδοτικότητα παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας, ενώ η τρίτη και η τέταρτη τόσο την τεχνική αποδοτικότητα, όσο και την αποδοτικότητα κατανομής. Οι διαφορές που μπορεί να εντοπιστούν μεταξύ των 4 ειδών αφορούν κυρίως στην αποτίμηση των εκροών και τη σύγκριση με το κόστος, ενώ η μέτρηση του κόστους συνήθως γίνεται με παρόμοιους τρόπους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.

Τεχνικές Οικονομικής Αξιολόγησης

| | | |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Τύπος Ανάλυσης | Εισροές Value of Resources | Εκροές Value of health gain |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------|

| | | |
|---|---|---|
| Ανάλυση Κόστους-Οφέλους Cost-benefit | € | Χρηματικές Μονάδες: Willingness to pay (€) |
| Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας Cost-utility | € | Ποσοτικοί και ποιοτικοί όροι: Quality Adjusted Life Years |
| Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας Cost-effectiveness | € | Φυσικές Μονάδες Single Indicator: e.g. Weight loss (kg), deaths averted, life years saved |
| Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους Cost-minimization | € | Ίση αποτελεσματικότητα |

Πηγή: (Μίτσουλη, 2004), ίδια επεξεργασία

Κάθε απόκτηση οικονομικού αγαθού αποτελεί κόστος για μια επιχείρηση ή ένα φυσικό πρόσωπο, επομένως γίνεται αντιληπτό ότι ο όρος αυτός χρησιμοποιείται πολύ στην καθημερινή ζωή. Έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με την έννοια του κόστους. Σύμφωνα με τον Κ. Βαρβάκη (2001) **κόστος** (cost) είναι ένα αριθμητικό μέγεθος που αντιπροσωπεύει τα ποσά που επενδύθηκαν για την απόκτηση υλικών ή άυλων αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό την χρησιμοποίησή τους για την πραγματοποίηση εσόδων από πωλήσεις ή για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Περιλαμβάνει δύο συστατικά, την ποιότητα των χρησιμοποιούμενων πόρων και την αξία αυτών των πόρων και εκφράζεται σε νομισματικούς όρους για να εξασφαλίζεται η συγκρισιμότητα.

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του κόστους είναι τα εξής:

- αποτελεί επένδυση αγοραστικής δύναμης σε αγαθά και υπηρεσίες
- αποτελεί στοιχείου του Ενεργητικού
- αλλάζει μορφή (συνήθως) μέσα στην επιχείρηση
- εξαφανίζεται όταν το αγαθό ή η υπηρεσία όπου είναι ενσωματωμένο πουληθεί, απολεσθεί ή διατεθεί σε τρίτους. (Παυλάτος, 2006)

3.2 Το Νοσοκομειακό Κόστος

Νοσοκομειακό κόστος είναι το σύνολο των δαπανών που έχουν σχέση με την παραγωγή και την προσφορά υπηρεσιών υγείας και παρέχονται στον ιδιαίτερο χώρο του νοσοκομείου ή του πληθυσμού ευθύνης του. Ακόμη, κόστος είναι και η νομισματική αξία των πόρων οι οποίοι καταναλώνονται στην παραγωγή ή διανομή προϊόντος ή υπηρεσίας.

Στον κλάδο του νοσοκομείου οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το ανθρώπινο δυναμικό, τα αναλώσιμα, το βασικό εξοπλισμό, το κεφαλαιουχικό κόστος και το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών. Όπως κάθε παραγωγική μονάδα έτσι και το νοσοκομείο χρειάζεται εισροές για την παραγωγή των νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι παραπάνω πόροι λοιπόν αποτελούν τις εισροές. Έτσι λοιπόν στην περίπτωση του νοσοκομείου θεωρείται εισροή η νοσηλεία των ασθενών και εκροή η θεραπεία τους. (Γούλα, 2007).

Για να υπάρξει κατάλληλη εκτίμηση και έλεγχος του κόστους είναι αναγκαίο να γνωρίζει κανείς αν ή όχι το κόστος αναμένεται να μεταβληθεί κάτω από δεδομένες συνθήκες και αν ναι κάτω από ποιες μεταβολές. Μια αρχική, λοιπόν, διάκριση του κόστους είναι σε Σταθερό(Fixed) και Μεταβλητό(Variable) Κόστος.

Το **μεταβλητό νοσοκομειακό κόστος** είναι το κόστος που μεταβάλλεται με την μεταβολή των προσφερόμενων υπηρεσιών ή με τη μεταβολή του αριθμού των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποιου είδους θεραπεία. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα αναλώσιμα εργαλεία όπως καθετήρες, βελόνες και αλλά καθώς και τα φάρμακα.

Το **σταθερό νοσοκομειακό κόστος** είναι το κόστος που παραμένει αμετάβλητο ανεξάρτητα από τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, αφού θεωρητικά μια κλινική θα πληρώσει το ίδιο ενοίκιο είτε φιλοξενεί είτε όχι ασθενείς. Τέτοια κόστη αποτελούν οι αποσβέσεις, οι φόροι, τα ενοίκια. (Γούλα, 2007).

Επίσης μια σημαντική διάκριση του κόστους που χρησιμοποιείται στην νοσοκομειακή παραγωγή είναι σε άμεσο και έμμεσο:

- το **άμεσο κόστος**, συμπεριλαμβάνει κάθε δαπάνη που χρησιμοποιείται για παροχή άμεσης φροντίδας που έχει δηλαδή, άμεση διαγνωστική, θεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή και συμμετέχει ο ίδιος στη διαδικασία παραγωγής.
- το **έμμεσο κόστος**, συμπεριλαμβάνει κάθε δαπάνη που πραγματοποιείται για την υποστήριξη της βασικής (Εξωτερικά Ιατρεία, Χειρουργεία, Κλινικές) και συμπληρωματικής φροντίδας (εργαστήρια, φαρμακείο, αποκατάσταση). (Βενιέρης, Κοέν και Κωλέτση, 2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος των νοσοκομείων είναι οι εξής:

- **Το μέγεθος του νοσοκομείου:** τα έξοδα ενός νοσοκομείου όπως και στις άλλες παραγωγικές μονάδες εξαρτώνται από το μέγεθος και την έκταση που καλύπτει, τον εξοπλισμό και τις κλίνες που διαθέτει.
- **Η νομική μορφή του νοσοκομείου:** ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, αν έχει κερδοσκοπικό ή μη χαρακτήρα. Κυρίως κερδοσκοπικό χαρακτήρα έχουν οι ιδιωτικές κλινικές. Βασικός τους στόχος είναι η απόκτηση κέρδους προσφέροντας υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι κυρίως τα δημόσια νοσοκομεία καθώς εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών και όχι στην απόκτηση οικονομικού κέρδους.
- **Το είδος του νοσοκομείου:** γενικό ή ειδικό.
- **Ο αριθμός των ασθενών** στις διάφορες μονάδες του νοσοκομείου και **οι ημέρες νοσηλείας τους** δηλαδή πόσοι ασθενείς έχουν νοσηλευτεί στις διαφορές κλινικές του νοσοκομείου και πόσες μέρες νοσηλεύτηκαν.
- **Ο αριθμός των κλινών** δηλαδή πόσες κλίνες διαθέτει το νοσοκομείο καθώς όσο περισσότερες κλίνες διαθέτει τόσο μεγαλύτερο είναι το κόστος.

- **Η σοβαρότητα της νόσου**, δηλαδή κατά πόσο είναι σοβαρή ή όχι η ασθένεια του κάθε ασθενή ανάλογα με την τελική διάγνωση. Για παράδειγμα το κόστος αντιμετώπισης της γρίπης είναι μικρότερο από το κόστος αντιμετώπισης του καρκίνου.

Μέσο και Οριακό Κόστος ανά Ασθενή

Το Μέσο Κόστος δείχνει το κόστος ανά ασθενή από τον παρακάτω τύπο:

$$\text{Μέσο Κόστος} = \frac{\text{Αριθμός Ασθενών} \oplus}{\text{Συνολικό Κόστος} \oplus} \quad (3)$$

Το Οριακό Κόστος αποτελεί την μεταβολή που επακολουθεί στο νοσοκομειακό κόστος μετά από μία μεταβολή του αριθμού των ασθενών και δίνεται από τον τύπο:

$$\text{Οριακό Κόστος} = \frac{\text{Μεταβολή Συνολικού Κόστους}}{\text{Μεταβολή Αριθμού Ασθενών}} \quad (4)$$

Σχήμα 3.1.

Σχέση κόστους και βασικών πολιτικών του νοσοκομείου





Πηγή: (Γούλα, 2007).

3.3 Κοστολόγηση

Κάθε επιχείρηση ή οργανισμός, επομένως και κάθε νοσοκομείο διαιρείται σε διαφορετικά κέντρα ευθύνης. Το κέντρο ευθύνης είναι το επίπεδο στο οποίο γίνεται ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του επιμέρους προϋπολογισμού, συσχετίζοντας τις προβλεπόμενες δραστηριότητες με τα μέσα και τους πόρους που απαιτούνται για την υλοποίησή τους. (Σούλης, 1999).

Υπάρχουν τέσσερα είδη κέντρων ευθύνης:

- Τα κέντρα κόστους ή εξόδων (cost centers), που δεν εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς και γι αυτό έχουν μόνο έξοδα και όχι έσοδα (διοίκηση, έρευνα, μαγειρεία)
- Τα κέντρα εσόδων (revenue centers), που εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς (εργαστήρια, φαρμακεία, χειρουργεία)
- Τα κέντρα κέρδους (profit centers), που παράγουν κέρδος εισπράττοντας και πληρώνοντας
- Τα κέντρα επένδυσης, που έχουν ευθύνη για τα έσοδα, τα κόστη και την παραγωγή κέρδους, αλλά και για τη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων και τις επενδύσεις. (Τούντας, 2008).

Στα επιμέρους κέντρα κόστους εκτυλίσσεται η ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία της κοστολόγησης (cost accounting). Κοστολόγηση είναι ο μηχανισμός προσδιορισμού του κόστους, το σύνολο, δηλαδή, των συστηματικών εργασιών που αποβλέπουν στο:

- Να συγκεντρώσουν
- Να κατατάξουν
- Να καταγράψουν και
- Να επιμερίσουν κατάλληλα τις δαπάνες ώστε να προσδιορισθεί το κόστος παραγωγής ενός προϊόντος, το κόστος παροχής μιας υπηρεσίας και το κόστος ανάπτυξης μιας δραστηριότητας.

Η κοστολόγηση αποτελεί στην ουσία ένα σύστημα συλλογής πληροφοριών σχετικά με κάθε στοιχείο που συμβάλλει στη διαμόρφωση του κόστους παραγωγής της επιχείρησης. (Δημοπούλου - Δημάκη, 2006).

Οι κοστολογικές πληροφορίες είναι απαραίτητες για:

- Την κατανομή των γενικών εξόδων
- Την κοστολόγηση προϊόντος-έργου-υπηρεσίας
- Τη μείωση του κόστους
- Τον προσδιορισμό κερδοφόρων πελατών
- Την λήψη αποφάσεων
- Την αποτελεσματικότητα στη διοίκηση

Οι βασικές αρχές της κοστολόγησης σε ένα νοσοκομείο είναι

- Συσχέτιση κόστους με τις αιτίες που το δημιουργούν
- Καταλογισμός δαπάνης μόνο αφού έχει συμβεί
- Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλα τα κόστη ανεξάρτητα από το μέγεθος τους
- Δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην κοστολόγηση το έκτακτο ή μη κανονικό κόστος

- Ποτέ μία μελλοντική περίοδος δεν πρέπει να επιβαρύνεται από ένα παρελθόν κόστος (Γιουβανά, 2010).

Βασικές κατηγορίες μεθόδων κοστολόγησης:

- Κοστολόγηση κατά παραγγελία
- Κοστολόγηση κατά λειτουργία

Η κοστολόγηση κατά παραγγελία πραγματοποιείται εκεί όπου η εργασία αποτελείται από διαφορετικές συμβάσεις με έργα, πελάτες, ή παρτίδες παραγωγής.

Οι βασικότερες υποδιαιρέσεις αυτής της μεθόδου είναι:

- Κοστολόγηση κατά έργο
- Κοστολόγηση κατά σύμβαση
- Κοστολόγηση κατά παρτίδα

Η κοστολόγηση κατά λειτουργία χρησιμοποιείται εκεί όπου παράγονται προϊόντα ή υπηρεσίες από μια σειρά επαναλαμβανόμενων λειτουργιών ή διαδικασιών. Τα κόστη, μετέπειτα κατανέμονται κατά μέσο όρο μεταξύ των μονάδων που παράγονται κατά τη διάρκεια της περιόδου.

Οι κυριότερες υποδιαιρέσεις αυτής της μεθόδου είναι:

- Κοστολόγηση κατά διαδικασία,, στην οποία περιλαμβάνεται και η κοστολόγηση συμπαραγωγών και υποπροϊόντων
- Κοστολόγηση υπηρεσίας ή λειτουργίας
- Κοστολόγηση συνεχούς παραγωγής (Δημοπούλου - Δημάκη, 2006).

Βασικές Αρχές Κοστολόγησης Νοσοκομείων

1. Κωδικοποίηση με τη βοήθεια της Αναλυτικής Λογιστικής. Είναι η ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης.

2. Κατηγοριοποίηση του κόστους ανάλογα με το κέντρο κόστους: διακρίνεται σε άμεσο, έμμεσο και λειτουργικό ή επιμεριζόμενο, και δείχνει τις διακυμάνσεις του τελικού προϊόντος με βάση το κόστος.

3. Ανάλυση του κόστους με βάση την κατηγορία της δαπάνης: Χωρίζεται σε σταθερό και μεταβλητό και δείχνει τις αλλαγές των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν ανάλογα με το επίπεδο των δραστηριοτήτων.

4. Κατηγοριοποίηση του κόστους με βάση το ποιός αποδέχεται το κόστος.

5. Προσδιορισμός των κέντρων κόστους και του τι περιέχεται στην κάθε

κατηγορία κόστους. (Ευθυμίου & Σταμπεδάκη, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΗΛΕΣ

4.1 Γενικά

Η λέξη κήλη προέρχεται από την Αρχαία Ελληνική γλώσσα και σημαίνει πρήξιμο, οίδημα. (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989) Η πρώτη αναφορά στην κήλη γίνεται στον Αιγυπτιακό πάπυρο Ebers (1550 π. Χ.) όπου περιγράφεται ως κοινωνικό στίγμα. «Με τον όρο κήλη περιγράφεται κάθε πρόπτωση και προβολή ενδοκοιλιακού σπλάχνου, ή συνηθέστερα μέρος αυτού εκτός της συνήθους ανατομικής θέσεώς του, μέσω ενός φυσιολογικού ή παθολογικού στομίου.» (Κωστάκης, 2005).

Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος είναι αρκετά συχνές. Εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα και αποτελούν το 10% του συνόλου των χειρουργικών επεμβάσεων. (Henry & Thompson, 2001) Μπορούν να συμβούν οπουδήποτε στο κοιλιακό τοίχωμα, ωστόσο προτιμούν φυσιολογικά ανοίγματα ανάμεσα από τα οποία εισέρχονται ή εξέρχονται άλλα όργανα και όπου η αντίσταση του κοιλιακού τοιχώματος είναι μειωμένη. Τέτοια σημεία είναι, π.χ. ο βουβωνικός και ο μηριαίος

πόρος, ο ομφαλός κ.α.. Επίσης κήλη μπορεί περάσει ανάμεσα από ένα χάσμα σε ινώδη ιστό (επιγαστρική κήλη) ή να οφείλεται σε μείωση της αντοχής του τοιχώματος της κοιλιάς, π.χ. ευθεία βουβωνοκήλη.

Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό, η πλειοψηφία (75%-90%) των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος αφορούν τη μηροβουβωνική περιοχή ευθεία, λοξή βουβωνοκήλη, μηροκήλη, ακολουθούν οι κοιλιοκήλες, οι μετεγχειρητικές κήλες, που κατέχουν το 10%-16% περίπου, ενώ ακολουθούν στη σειρά οι ομφαλοκήλες με 3%-12%, οι επιγαστρικές με 2% και όλες οι υπόλοιπες μορφές κηλών. Οι εσωτερικές κήλες αποτελούν το 1% του συνόλου των κηλών. (Κωστάκης, 2005).

Η κήλη αποτελείται από το σάκο, τους χιτώνες και το περιεχόμενο. Ο σάκος αποτελείται από στόμα-στόμιο, αυχένα, σώμα και θόλο. Στις μικρής ηλικίας κήλες ο σάκος είναι λεπτός και με την πάροδο του χρόνου γίνεται παχύτερος και ισχυρότερος. Οι χιτώνες είναι τα στρώματα που καλύπτουν το σάκο. Από έξω προς τα μέσα παρατηρούνται το εξής: το δέρμα, το υποδόριο λίπος, η απονεύρωση, οι μύες, η ενδοκοιλιακή περιτονία, το στρώμα ενδοθηλίου – περιτόναιο στην κοιλιά. Το περιεχόμενο της κήλης ποικίλλει, με το πιο συχνό τα ενδοκοιλιακά σπλάγγνα. Στην κοιλιά το πιο συχνό είναι το λεπτό έντερο και το μείζον επίπλου. Άλλες πιθανότητες περιλαμβάνουν το παχύ έντερο και τη σκωληκοειδή απόφυση, τη Μεκέλειο απόφυση, την ουροδόχο κύστη, την ωοθήκη με ή χωρίς τη σάλπιγγα και τον ασκίτικο υγρό. (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989).

4.2 Αιτιοπαθογένεια

Οι δυο κύριοι παράγοντες που προϋδεάζουν για κήλη είναι η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση και το αδυνατισμένο τοίχωμα. Στην κοιλιά η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση οφείλεται σε:

- Ανύψωση βάρους
- βήχας
- κοιλιακή διάταση, που μπορεί να σχετίζεται με ενδοκοιλιακή διαταραχή
- μεταβολή του ενδοκοιλιακού περιεχομένου, ασκίτης, όγκος, λίπος, εγκυμοσύνη

- προσπάθεια ούρησης
- προσπάθεια αφόδευσης -περίπου το 15% των καρκίνων του παχέως εντέρου εμφανίζονται με βουβωνοκήλη

Ενώ, η αδυναμία του κοιλιακού τοιχώματος συμβαίνει λόγω:

- ανωμαλίες μεταβολισμού του κολλαγόνου
- προχωρημένη ηλικία
- κακή θρέψη – πρωτεΐνες ή βιταμίνη C
- βλάβη του κινητού νευρώνα

Στις περισσότερες περιπτώσεις πολλοί παράγοντες συνυπάρχουν. Για παράδειγμα, η ύπαρξη ενός συγγενούς σάκου μπορεί να μην εμφανίσει κήλη μέχρι να αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση ή να αδυνατίσουν τα κοιλιακά τοιχώματα. (Henry & Thompson, 2001).

4.3 Ταξινόμηση κηλών

Οι κήλες διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητες. Στις συγγενείς κήλες υπάρχει ένας σάκος ο οποίος έχει ήδη σχηματιστεί, ως αποτέλεσμα μιας φυσιολογικής ή μη διαδικασίας κατά την ενδομήτριο ανάπτυξη. Ένα καλά παράδειγμα αποτελεί το μοντέλο της ελυτροειδούς απόφυσης.

Οι επίκτητες κήλες είναι δυο ειδών:

- Πρωτοπαθείς κήλες που δημιουργούνται από φυσιολογικά ευένδοτα (μαλακά, ελαστικά σημεία που υποχωρούν εύκολα σε πιέσεις), όπου:
 - α) στοιχεία διαπερνούν το κοιλιακό τοίχωμα, ένα παράδειγμα είναι τα μηριαία αγγεία τα οποία περνούν από το μηριαίο κανάλι
 - β) μύες και απονευρώσεις που αποτυγχάνουν να καλυφθούν
 - γ) ινώδης ιστός που φυσιολογικά καλύπτει κενά (όπως στον ομφαλό)

- Δευτεροπαθείς κήλες που αναπτύσσονται σε περιοχές χειρουργικής ή σε άλλου είδους τραυματισμού του τοιχώματος (συνήθως κοιλιακού) όπως σε περιπτώσεις λαπαροτομίας. (Henry & Thompson, 2001).

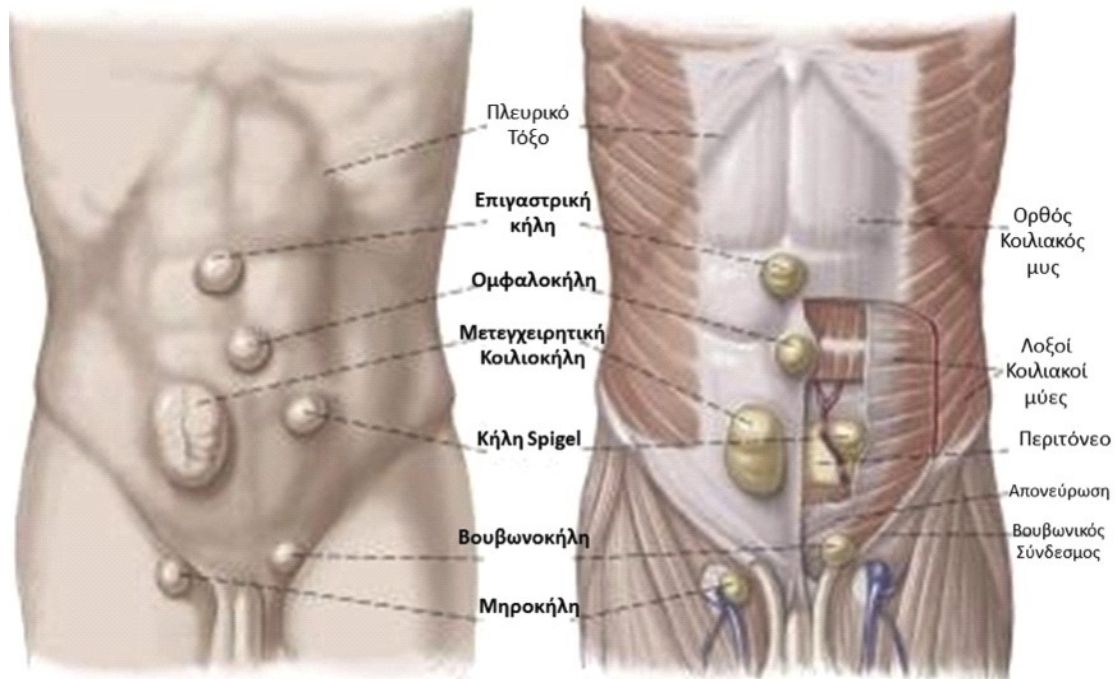
Επιπλέον οι κήλες είναι είτε εξωτερικές, οι οποίες είναι η προβολή των σπλάχνων ανάμεσα από ένα χάσμα, (μπορεί να υπάρχει αλλά να είναι ευένδοτο ή να δημιουργηθεί δευτερογενώς), είτε εσωτερικές, όπου είναι η προβολή του ενδοκοιλιακού σπλάχνου μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. (Βώρος, 2009).

Όσον αφορά τις εξωτερικές κήλες, με βάση την εντόπισή τους κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- **Μηροβουβωνική περιοχή**
- Βουβωνοκήλες (λοξή, ευθεία, συνδυασμένη «δίκην παντελονίου»)
- Μηροκήλες
- **Ομφαλοκήλες**
- Ομφαλοκήλες νεογνών
- Ομφαλοκήλες παιδών
- Ομφαλοκήλες ενηλίκων (παρομφαλικές)
- **Επιγαστρικές κήλες ή κήλες λευκής γραμμής**
- **Κήλες Σπιγγελείου γραμμής**
- **Οσφυοκήλες**
- **Πυελικές κήλες**
- Κήλες του θυμοειδούς τμήματος
- Ισχιοκήλες
- Κήλες του περινέου
- **Κοιλιοκήλες ή μετεγχειρητικές κήλες**
- **Ιδιαίτεροι τύποι κηλών**
- Κήλη του Richter
- Κήλη σε σχήμα W ή κήλη του Maydl

- Κήλη του Littre
- Ενδοτοιχωματικές κήλες (Κωστάκης, 2005).

Εικόνα 4.1.



Ταξινόμηση σύμφωνα με την κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ένα προοδευτικό φούσκωμα που δεν υποχωρεί αμέσως. Με το πέρασμα του χρόνου αυξάνεται η πιθανότητα μιας επιπλοκής, απειλητικής για τη ζωή. Οι κήλες μπορεί να είναι ανατασσόμενες, μη ανατασσόμενες, να προκαλούν εντερική απόφραξη, να είναι περισφιγμένες ή να εμφανίζουν φλεγμονή.

Ανατασσόμενη: Σε αυτόν τον τύπο κήλης, το περιεχόμενο μπορεί να επιστρέψει στην κοιλότητα από όπου προέρχεται, αλλά ο σάκκος παραμένει. Το περιεχόμενο δεν επανεμφανίζεται λόγω της βαρύτητας ή μετά από αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Μη ανατασσόμενη κήλη: Σε αυτόν τον τύπο κήλης, το περιεχόμενο δε μπορεί να επιστρέψει στην κοιλότητα από την οποία προέρχεται.

Τα αίτια είναι τα εξής:

- στενός αυχέννας με σταθερά όρια συχνά σε συνδυασμό με ευρύχωρο σάκο π.χ. μηροκήλη, ομφαλοκήλη.
- Συμφύσεις που δημιουργούνται ανάμεσα στο περιεχόμενο και στο σάκο, συνήθως σε κήλες που υπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι μη ανατασσόμενες κήλες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προκαλέσουν εντερική απόφραξη και περίσφιξη από τις ανατασσόμενες κήλες. (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989).

Περισφιγμένη κήλη: Το 10% των βουβωνοκηλών εμφανίζονται για πρώτη φορά με περίσφιξη. Περισφιγμένη ονομάζεται μια κήλη μη ανατασσόμενη της οποίας το περιεχόμενο δεν αιματώνεται. Αρχικά, στο παγιδευμένο όργανο από την περίσφιξη εμποδίζεται η αιμάτωση και με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσεται γάγγραινα. (Henry & Thompson, 2001). Αποτελεί τη σοβαρότερη και πλέον επικίνδυνη επιπλοκή των κηλών, διότι μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, 5 με 6 ώρες, επέρχεται νέκρωση του περιεχομένου. Για το λόγο αυτό, οι περισφιγμένες κήλες απαιτούν επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Κλινικός μια περισφιγμένη κήλη είναι σκληρή, επώδυνη και μη ανατασσόμενη.

Κήλες που προκαλούν εντερική απόφραξη: Σε αυτές συνήθως προκαλείται εντερική απόφραξη του προβαλλόμενου εντέρου (η απόφραξη του λεπτού εντέρου ή του παχέος εντέρου αποτρέπει τροφές και ρευστά να περάσουν), με την πιο κοινή του ονομασία ειλεό. Η απόφραξη συνήθως βρίσκεται στον αυχένα του σάκου αλλά μπορεί και να οφείλεται σε συμφύσεις μέσα στο σάκο. Αρχικά η αιμάτωση του αποφραγμένου εντέρου παραμένει ανέπαφη, αλλά με το πέρασμα του χρόνου η αιμάτωση εμποδίζεται και ακολουθεί στραγγαλισμός.

Φλεγμαίνουσα κήλη: Φλεγμαίνουσα κήλη ονομάζεται η κήλη της οποίας το περιεχόμενο φλεγμαίνει π.χ. οξεία σκωληκοειδίτιδα, φλεγμονή εκκολπώματος Meckel και οξεία σαλπγγίτιδα. Η φλεγμονή επεκτείνεται προς το σάκο και η κήλη εμφανίζει όλα τα κλασσικά σημεία της φλεγμονής. Μερικές φορές είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ φλεγμονώδους και μιας περισφιγμένης κήλης. (Κωστάκης, 2005).

Κατάταξη κηλών με βάση την εντόπιση τους:

Επιγαστρικές κήλες ή κήλες λευκής γραμμής

Οι επιγαστρικές κήλες ή κήλες λευκής γραμμής εντοπίζονται στη μέση γραμμή πάνω από τον ομφαλό, μέσα από ευένδοτα σημεία τα λευκής γραμμής. Συναντώνται περίπου στο 4% του πληθυσμού. Οι άνδρες επηρεάζονται τρεις φορές πιο συχνά και κυρίως ηλικίες από 20 έως 50 ετών. Είναι μικρές και συχνά, στο 20% των περιπτώσεων, είναι πολλαπλές. (Κωστάκης, 2005).

Οι επιγαστρικές κήλες συνήθως περιέχουν προπεριτοναϊκό λίπος (αρχικά στάδια σάκου), μερικές φορές και επίπλουν (αύξηση του μεγέθους του χάσματος, ύπαρξη σάκου), εάν είναι αρκετά μεγάλες. Πολύ πιο σπάνια, το περιεχόμενό τους είναι δυνατόν να αποτελείται από λεπτό ή παχύ έντερο. (Βώρος, 2009) Τα $\frac{3}{4}$ των επιγαστρικών κηλών είναι ασυμπτωματικές και βρίσκονται τυχαία στην κλινική εξέταση. Η διάγνωση γίνεται πιο δύσκολα εάν είναι μικρές ή το άτομο είναι παχύσαρκο. (Doherty, et al., 2002). Στην περίπτωση αυτή, στη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει σημαντικά η εκτέλεση απεικονιστικού ελέγχου όπως το υπερηχογράφημα και η υπολογιστική τομογραφία. Αίτια είναι η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση και η παχυσαρκία (Γολεμάτη, 1991).

Οι επιγαστρικές κήλες πρέπει να επιδιορθώνονται χειρουργικά τόσο για τον κίνδυνο περίσφιξης όσο και για αισθητικούς λόγους. Η αποκατάσταση γίνεται συνήθως με την συμπλησίαση των ιστών, ενώ σε μεγαλύτερες κήλες μπορεί να απαιτηθεί τοποθέτηση πλέγματος. (Βώρος, 2009) Τα ποσοστά υποτροπής που έχουν αναφερθεί είναι 10%-20% και αποδίδονται στους σάκους που διαφεύγουν της προσοχής του χειρουργού και της τάσης που ασκείται στην περιοχή. (Κωστάκης, 2005).

Ομφαλοκήλη

Στην κατηγορία των ομφαλοκηλών κατατάσσονται οι περισσότερες περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρόπτωση του ενδοκοιλιακού σπλάχνου συμβαίνει: είτε μέσω του ομφαλικού δακτυλίου (αληθής ή γνήσια ομφαλοκήλη), είτε μέσω χάσματος της λευκής γραμμής, το οποίο βρίσκεται αμέσως πάνω ή κάτω από τον ομφαλικό δακτύλιο (παρομφαλική κήλη). Οι ομφαλοκήλες που εμφανίζονται στους ενήλικες, είναι συνήθως επίκτητες παραομφαλοκήλες, ενώ οι αληθείς ομφαλοκήλες είναι

συγγενείς και συναντώνται σε νεογνά και παιδιά. (Κωστάκης, 2005) Ο σάκος είναι μικρός και προβάλλει μέσα από τον ομφαλό, ιδιαίτερα όταν το παιδί κλαίει, αλλά ανατάσσεται εύκολα. Περισσότερες από 95% των κηλών αυτών κλείνουν αυτόματα μέχρι το 3^ο έτος της ζωής. Η παραμονή τους μετά το 3^ο έτος αποτελεί ένδειξη για εγχείρηση. (Garden, et al., 2003).

Οι ομφαλοκήλες των ενηλίκων αναπτύσσονται συχνότερα σε γυναίκες, όπου επηρεάζονται πέντε φορές πιο συχνά από τους άνδρες. Ως παράγοντες που προδιαθέτουν την ανάπτυξη τους είναι οι πολλές εγκυμοσύνες, η παχυσαρκία και καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης (μεγάλοι ενδοκοιλιακοί όγκοι, ασκίτης). Το περιεχόμενό τους είναι συνήθως επίπλυν, μπορεί όμως να είναι και έντερο. Συχνά απαιτούν επείγουσα αποκατάσταση, λόγω του ότι περισφίγγονται εύκολα, εξαιτίας στενού αυχένα. (Βώρος, 2009).

Μετεγχειρητικές κήλες

Οι μετεγχειρητικές κήλες εμφανίζονται σε θέσεις προηγούμενων εγχειρητικών τομών, στις οποίες το κοιλιακό τοίχωμα είχε τραυματιστεί και αποτελούν το 15% περίπου των κηλών που σχηματίζονται. (Βώρος, 2009) Έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τις κήλες που δημιουργούνται χωρίς χειρουργικό τραυματισμό του κοιλιακού τοιχώματος.

Η μετεγχειρητική κήλη αποτελεί μετεγχειρητική επιπλοκή και τα αίτιά της αποτελούνται από τρεις παράγοντες: προεγχειρητικούς, διεγχειρητικούς και μετεγχειρητικούς.

Προεγχειρητικοί παράγοντες:

- Ηλικία: οι ιστοί των ηλικιωμένων ατόμων δεν επουλώνονται τόσο καλά όσο αυτοί των νέων
- Υποθρεψία: θερμιδική και πρωτεϊνική υποθρεψία, ανεπάρκεια βιταμινών και ιχνοστοιχείων
- Σήψη, επιδεινώνει την υποθρεψία και καθυστερεί τον αναβολισμό (μία από τις δύο φάσεις του μεταβολισμού, κατά την οποία γίνεται αφομοίωση των θρεπτικών ουσιών και σύνθεση του πρωτοπλάσματος)

- Ουραιμία: παθολογική κατάσταση η οποία οφείλεται στην κατακράτηση ουρίας και άλλων αζωτούχων ουσιών στο αίμα, ως επακόλουθο ανεπάρκειας της νεφρικής λειτουργίας, αναστέλλει τη διαίρεση των ινοβλαστών (ο ρόλος των ινοβλαστών είναι η παραγωγή πρωτεϊνών π.χ. κολλαγόνου)
- Ίκτερος: παρεμποδίζει την ωρίμανση του κολλαγόνου
- Σακχαρώδης διαβήτης: προδιαθέτει στη φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος
- Χρήση στεροειδών: έχει γενικευμένη πρωτεολυτική επίδραση
- Μόλυνση περιτοναίου (περιτονίτιδα): αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης φλεγμονής στο χειρουργικό τραύμα
- Παχυσαρκία: προδιαθέτει στη φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος, στη συλλογή ορώδους υγρού ή και αιματώματος. (Henry & Thompson, 2001)

Διεγχειρητικοί παράγοντες:

- Τύπος της τομής: οι κάθετες τομές είναι πιο επιρρεπείς σε εμφάνιση κήλης από ότι οι εγκάρσιες τομές
- Τεχνική και υλικά: η ύπαρξη τάσης κατά το κλείσιμο εμποδίζει την αιμάτωση του τραύματος, οι κακώς δεμένοι κόμποι ίσως χαλαρώσουν, ενώ το κλείσιμο με απορροφήσιμο ράμμα αδυνατεί να υποστηρίξει το κοιλιακό τοίχωμα για επαρκές χρονικό διάστημα μέχρι να ολοκληρωθεί η επούλωση
- Τύπος της επέμβασης: επεμβάσεις που αφορούν το έντερο ή το ουροποιητικό σύστημα είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν φλεγμονή του τραύματος
- Παροχετεύσεις: όταν περνούν δια του τραύματος συχνά οδηγούν σε κήλη. (Henry & Thompson, 2001).

Μετεγχειρητικοί παράγοντες

- Φλεγμονή τραύματος: ίση σε σπουδαιότητα με τη λάθος επιλογή των ραμμάτων (καταστρέφουν τους ιστούς που επουλώνονται) και το οίδημα λόγω φλεγμονής δημιουργεί τάση και παρεμποδίζει την αιματική παροχή. Τα 5-20% των φλεγμονών των χειρουργικών τραυμάτων οδηγούν στη δημιουργία κήλης

- Κοιλιακή διάταση: ο μετεγχειρητικός ειλεός αυξάνει την τάση στην τομή και ίσως οδηγήσει στην διάσπαση των ραμμάτων
- Βήχας: προκαλεί τάση στο χειρουργικό τραύμα. Περίπου το 40% των μετεγχειρητικών κηλών εμφανίζονται μετά το τεκμηριωμένο επεισόδιο φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος. (Henry & Thompson, 2001).

Οι περισσότερες μετεγχειρητικές κήλες εμφανίζονται μέσα σε ένα έτος μετά την επέμβαση και συνήθως ένα ισχυρό κλείσιμο δεν εμφανίζει κήλη μετά από τρία χρόνια. Η αντιμετώπιση των κηλών αυτών είναι χειρουργικά και οι ασθενείς πρέπει να χειρουργούνται για την πρόληψη περίσφιξης, ιδιαίτερα όταν οι κήλες είναι μικρές, οπότε ο κίνδυνος περίσφιξη είναι μεγαλύτερος. (Βώρος, 2009) Το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης δεν είναι τόσο καλό όπως στις πρωτοπαθείς κήλες. Μικρές μετεγχειρητικές κήλες έχουν ποσοστό υποτροπής 2-5% ενώ οι μεγαλύτερες 10-20%. (Henry & Thompson, 2001).

Σημαντική και ξεχωριστή οντότητα αποτελούν οι κατ' επολίσθηση κήλες, οι οποίες συναντώνται στη μηροβουβωνική περιοχή και χαρακτηριστικό τους είναι ότι ένα μέρος του τοιχώματος του σάκου αποτελείται από ένα ενδοκοιλιακό σπλάγχο (συνήθως παχύ έντερο, σπανιότερα ουροδόχο κύστη). Αυτές είναι οι:

- Κήλη του Richter: Ένα τμήμα του λεπτού εντέρου είναι παγιδευμένο στο κοιλιακό τοίχωμα
- Κήλη σε σχήμα W ή κήλη του Maydl: Εντός του σάκκου της κήλης υπάρχουν δυο περισφιγμένα ή στραγγαλισμένα τμήματα του εντέρου.
- Κήλη του Littre: Είναι αυτή που περιέχει την απόφυση του Meckel μέσα της. (Γολεμάτη, 1991).

Μηροβουβωνοκήλες

Η ιστορία των κηλών της μηροβουβωνικής περιοχής και των προσπαθειών χειρουργικής τους αντιμετώπισης είναι πολύ παλιά και βαδίζει παράλληλα προς της εξέλιξη και την πρόοδο της χειρουργικής.

Οι κήλες της μηροβουβωνικής περιοχής αποτελούν τις συχνότερες κήλες και αντιστοιχούν στο 75-90% του συνόλου των κηλών. Οι πιθανότητες ανάπτυξης κήλης

στη μηροβουβωνική περιοχή κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου υπολογίζεται στο 27% για τους άνδρες και 3% για τις γυναίκες. Οι εγχειρήσεις αποκατάστασεως τέτοιων κηλών αποτελούν τις πιο συνηθισμένες επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής και η αποκατάσταση της κήλης είναι μια από τις συχνότερες επεμβάσεις που πραγματοποιεί ένας μέσος Γενικός Χειρουργός. (Κωστάκης, 2005) Οι πιο συχνοί τύποι περιλαμβάνουν λοξή βουβωνοκήλη 60%, ευθεία βουβωνοκήλη 25% και μηροκήλη 15%. (Garden, et al., 2003).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2007, αναφέρεται ότι διενεργήθηκαν περίπου 750.000 επεμβάσεις αποκατάστασης για βουβωνοκήλες, 25.000 για μηροκήλες, 166.000 για ομφαλοκήλες, 97.000 για μετεγχειρητικές κήλες και 76.000 για διάφορες άλλες κήλες στου κοιλιακού τοιχώματος. (Βώρος, 2009).

Για την πλήρη κατανόηση της δημιουργίας των κηλών της μηροβουβωνικής περιοχής, και γενικότερα των κηλών, και των χειρουργικών επεμβάσεων που αποσκοπούν στην αποκατάστασή τους, είναι απαραίτητη η γνώση των ανατομικών στοιχείων της περιοχής.

Μηροκήλη

Η μηροκήλη είναι μια προς τα κάτω προεξοχή του βουβωνικού πόρου μέσω του μηριαίου δακτυλίου και είναι επίκτητη. (Hansis, 2003) Αποτελεί το 5-10% του συνόλου των κηλών στη μηροβουβωνική περιοχή. Αναπτύσσονται πολύ συχνότερα στις γυναίκες, οι οποίες είναι ώριμης ηλικίας και πολύτοκες, παρά στους άνδρες σε αναλογία 4 προς 1. Αμφοτερόπλευρες κήλες, δεξιά και αριστερά, εμφανίζονται σε ποσοστό 20%. (Henry & Thompson, 2001) Η διαφορά αυτή αποδίδεται στην ευρύτερη λεκάνη των γυναικών, την διάταση των συνδέσμων και την αύξηση του μεγέθους του μηριαίου δακτυλίου κατά την εγκυμοσύνη. (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989) Το στόμιο της κήλης είναι συνήθως στενό, ο σάκκος μικρός και υπάρχει υψηλός κίνδυνος περίσφιξης και για την αποκατάσταση απαιτείται άμεση χειρουργική παρέμβαση. (Hansis, 2003).

Βουβωνοκήλη

Μπορούμε να περιγράψουμε την βουβωνοκήλη ως την έξοδο του σάκου και του περιεχομένου του από το στόμιο του βουβωνικού πόρου.

Λοξή βουβωνοκήλη: Στη λοξή βουβωνοκήλη υπάρχει συγγενής σάκος ή εν δυνάμει σάκος, ο οποίος είναι υπόλειμμα της ελυτροειδούς απόφυσης που είναι μια προεξοχή του περιτοναίου. Εάν η απόφυση δε κλείσει, σχηματίζεται μια λοξή βουβωνοκήλη σε μικρή ηλικία, αλλά διάφοροι παράγοντες ίσως οδηγήσουν σε επαναδημιουργία της, σε οποιαδήποτε ηλικία. Η λοξή βουβωνοκήλη εμφανίζεται 20 φορές πιο συχνά τους άνδρες με ποσοστό 85% (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989) απ' ότι στις γυναίκες, σε ποσοστό 60% εμφανίζεται δεξιά, 40% αριστερά και 20% είναι αμφοτερόπλευρη. Εάν ο σάκος διασχίσει ολόκληρο το βουβωνικό πόρο μέχρι το όσχεο δημιουργείται η οσχαιοκήλη. (Henry & Thompson, 2001).

Το περιεχόμενο της κήλης αυτής είναι, κυρίως, λεπτό έντερο ή επίπλουν. Σπάνια μπορεί να βρεθεί η σκωληκοειδής απόφυση, η ωοθήκη, η απόφυση του Meckel (ή Littre). Μέρος του τοιχώματος του παχέος εντέρου μπορεί να συμβάλλει στο σχηματισμό τμήματος του σάκου της λοξής βουβωνοκήλης, όπου είναι η κατ'επολίσησιν κήλη. (Παπαδημητρίου & Ανδρουλάκης, 1989).

Η λοξή βουβωνοκήλη συνήθως είναι ετερόπλευρη και συναντάται συχνότερα σε άτομα πολύ νεαρή ηλικίας. Ο ελυτροπεριτοναϊκός πόρος (ο πόρος μέσα από τον οποίο ο όρχις κατεβαίνει στο όσχεο), παρουσιάζει ατελής σύγκλειση στο 50% των αγοριών μικρής ηλικίας, το οποίο δικαιολογεί τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης λοξής βουβωνοκήλης. Ο ανοιχτός πόρος του Nuck χωρίς την κλινική εκδήλωση της λοξής βουβωνοκήλης ανιχνεύεται στο 5% των γυναικών κατά τη διενέργεια υστεροσαλπιογραφίας. Η επίδραση συγγενών παραγόντων που προδιαθέτουν κήλη, η παραμονή ανοιχτού του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου στους άνδρες, ή του πόρου του Nuch, στις γυναίκες δεν αρκούν για τη δημιουργία της λοξής βουβωνοκήλης, απαιτείται να επιδράσουν και επιπλέον παράγοντες όπως η διάταση του εσωτερικού στομίου του βουβωνικού πόρου και η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. (Κωστάκης, 2005).

Ευθεία βουβωνοκήλη: Οι ευθείες βουβωνοκήλες είναι πάντα επίκτητες και αποτελούν το 25%-35% του συνόλου των κηλών της μηροβουβωνικής περιοχής. Είναι σπανιότερη από τη λοξή βουβωνοκήλη και εμφανίζεται με αυξανόμενη

συχνότητα στους ηλικιωμένους. (Glasby, et al., 2001) Οφείλονται σε αδυναμία του κοιλιακού τοιχώματος και μπορεί να εμφανιστούν λόγω της αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης. (π.χ. χρόνια δυσκοιλιότητα, παχυσαρκία, ασκίτης κ.α.) (Garden, et al., 2003) και της φυσιολογικής φθοράς του χρόνου. (Henry & Thompson, 2001) Η πορεία της κήλης είναι ευθεία προς τα εμπρός αλλά εάν παραμεληθεί μπορεί και αυτή να ακολουθήσει πορεία προς το όσχεο. Είναι δυνατόν στον ίδιο ασθενή, στην ίδια πλευρά να συνυπάρχει λοξή και ευθεία βουβωνοκήλη, οπότε έχουμε τη μεικτή βουβωνοκήλη, «δίκηνη παντελονίου»). (Κωστάκης, 2005).

4.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Έχοντας δεδομένο ότι η ίαση των κηλών της περιοχής δεν συμβαίνει αυτόματα, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις λοξής βουβωνοκήλης που και αυτές αφορούν κυρίως νεογνά και λιγότερα παιδιά, η θεραπευτική αντιμετώπιση των κηλών της βουβωνική περιοχής είναι χειρουργική και πρέπει να επιχειρείται με την πρώτη ευκαιρία. Ο κανόνας αυτός έχει εφαρμογή σε ασθενείς κάθε ηλικίας με εξαίρεση ελάχιστους που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις, οι οποίες καθιστούν την πραγματοποίηση οποιασδήποτε εγχειρήσεως επικίνδυνη. Ο κίνδυνος επιπλοκών, και ιδιαίτερα περισιφίξεως, είναι μεγαλύτερος από τους κινδύνους που συνοδεύουν μια τέτοια εγχείρηση. Είναι, ακόμα, προφανές ότι η χωρίς προγραμματισμό επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση μιας περισιφισμένης κήλης ακολουθείται από σαφώς μεγαλύτερα προβλήματα από ότι μια προγραμματισμένη, εγχείρηση αποκαταστάσεως μιας περισιφισμένης κήλης. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να αποτρέπεται από το να φοράει κηλεπίδεσμο γιατί η χρόνια πίεση του κηλεπιδέσμου δημιουργεί ατροφία στα κοιλιακά τοιχώματα και στις συμφύσεις (παθολογική συγκόλληση των υμένων του σώματος, του σάκου με το περιεχόμενό του) με αποτέλεσμα και η περίσιφιξη να γίνεται περισσότερο πιθανή, αλλά και η χειρουργική αντιμετώπιση της κήλης γίνεται δυσκολότερη.

Η αντιμετώπιση των κηλών της βουβωνικής περιοχής αποτελούσε αναγνωρισμένο πρόβλημα, που ήδη από την εποχή των αρχαίων Αιγυπτίων (1500 π. χ.), των Φοινίκων (900 μ. χ.) και του Ιπποκράτη (400 π. Χ.) απασχολούσε σοβαρά τους ιατρούς. Αναφέρεται ότι η πρώτη εγχείρηση βουβωνοκήλης πραγματοποιήθηκε από τον Άραβα ιατρό Haly Abbas (994 μ. Χ.). Οι βάσεις της ορθολογικής χειρουργικής θεραπείας της τέθηκαν μόλις τον 19^ο αιώνα (ανατομικές εργασίες από

τους Astley Cooper, Franz Hesselbach, Antonio Scrapa και Jules–Germain Cloquet), και ο Bassini το 1884 τεκμηρίωσε επιστημονικά τον τρόπο χειρουργικής αποκατάστασης. (Κωστάκης, 2005).

Οι δυο βασικοί στόχοι που επιδιώκονται για την επιτυχή αντιμετώπιση των βουβωνοκηλών, αλλά και όλων των εξωτερικών κηλών, περιλαμβάνουν: (α) την επαναφορά του οποιουδήποτε περιεχομένου τους στην αρχική ανατομική του θέση, και (β) την αποκατάσταση του χάσματος μέσω του οποίου περνάει ο αυχέννας της κήλης. Αυτή η επιδιόρθωση του χάσματος, πλαστική της κήλης, επιχειρούνταν, μέχρι πρόσφατα, με τη συμπλησίαση των ισχυρών – ανθεκτικών στοιχείων και συνδέσμων της περιοχής με τη βοήθεια μη απορροφησίμων ραμμάτων, με σκοπό την υποστήριξή της. Όμως η τεχνική Bassini που ακολουθεί την πρακτική αυτή και άλλες πολλές τροποποιήσεις της (κατά: Halsted, Girard, MacVay, Souldice κ.α.) ακολουθούνταν από υψηλά επίπεδα νοσηρότητας (κυρίως άλγος ή/και οίδημα οσχέου) και υποτροπών >10%. Τα προβλήματα αυτά αποδόθηκαν στο κοινό χαρακτηριστικό που είχαν όλες οι παραπάνω τεχνικές: δηλαδή στο ότι γινόντουσαν υπό τάση η συμπλησίαση και η συρραφή ιστών που φυσιολογικά δεν βρίσκονται σε επαφή. Έτσι επινόησαν την χωρίς τάση τεχνικές (κατά: Rives, Stoppa, Nyhus, Lichtenstein, Trabucco κ.α.), οι οποίες χρησιμοποιούν ένα συνθετικό προσθετικό υλικό (πλέγμα) το οποίο καλύπτει το χάσμα. Δηλαδή, στις χωρίς τάση τεχνικές χρησιμοποιείται η δύναμη, η οποία συνέβαλλε στη δημιουργία της κήλης, η ενδοκοιλιακή πίεση, για να καθλώνει το πλέγμα στα στοιχεία του κοιλιακού τοιχώματος. Έτσι επιτυγχάνεται η ολοκληρωτική αποκατάσταση της κήλη και η αποφυγή των μεγάλων ποσοστών νοσηρότητας και υποτροπών, 3,3%-5% σε αντίθεση 11,5%-15%. (Κωστάκης, 2005).

Ως υλικά κατασκευής των σύνθετων προσθετικών αυτών πλεγμάτων χρησιμοποιούνται: το πολυπροπυλένιο, ο πολυεστέρας και το πολυτετραφλουοροεθυλένιο. Τα πλέγματα, πέρα από το υλικό, διαφέρουν στη πλέξη, στην σύνθεση, την ελαστικότητα, την ανθεκτικότητα και την υφή. (Schwartz, et al., 1999) Οι σύγχρονες χωρίς τάση τεχνικές με την εφαρμογή πλέγματος έχουν πλέον σχεδόν αντικαταστήσει τις παλαιότερες κλασικές μεθόδους αποκατάστασης των κηλών της βουβωνικής περιοχής. Η εφαρμογή του πλέγματος εκτελείται με την ανοιχτή, με λαπαροσκοπική αποκατάσταση, είτε με τη ρομποτική αποκατάσταση. (Κωστάκης, 2005).

Τα χαρακτηριστικά των συνθετικών προσθετικών πλεγμάτων πρέπει να είναι τα εξής:

- Αποστειρώνονται
- Δεν τροποποιούνται μετά την τοποθέτησή τους
- Δεν προτρέπεται η φλεγμονώδη αντίδραση ή αντίδραση ως επί ξένου σώματος.
- Δεν είναι καρκινογόνα.
- Κατασκευάζονται στο απαιτούμενο σχήμα και μέγεθος.
- Δεν προκαλούν αλλεργία ή υπερευαισθησία.
- Παρουσιάζουν αντοχή στην μηχανική τάση. (Ζιούνας, 2010).

Εικόνα 4.2.



Ο Irving Lichtenstein πρωτοστάτησε στην ανοιχτή αποκατάσταση χωρίς τάση των κηλών στη μηροβουβωνική περιοχή. Σε αυτήν τη τεχνική τοποθετείται μη απορροφήσιμο πλέγμα για να αναχαιτιστεί το έλλειμμα και να ενισχυθεί ο βουβωνικός πόρος. Το ποσοστό υποτροπής είναι 1% ή λιγότερο. (Hansis, 2003) Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση πρωτοπαθών κηλών, αλλά δε συνίσταται για βουβωνοκήλες που έχουν υποτροπιάσει, είναι σύνθετες ή με επιπλοκές. (Schwartz, et al., 1999).

Πλεονέκτημα της ανοιχτής αποκατάστασης χωρίς τάση είναι ότι

- μπορεί να πραγματοποιηθεί με τοπική αναισθησία
- τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα και άμεσα από τις κλασικές μεθόδους

- υπάρχουν λιγότερες διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και υποτροπές
- το κόστος είναι μικρότερο (σχετικά με τη λαπαροσκοπική τεχνική)
- ο ασθενείς μπορεί να επιστέψει στις δραστηριότητες του σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Περίπου το 15% των κηλών στις ΗΠΑ επιδιορθώνεται λαπαροσκοπικά με προπεριτοναϊκή προσπέλαση. Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης βασίζεται στην τεχνική Stoppa, όπου χρησιμοποιείται για την ανάταξη της κήλης, μια ανοιχτή προπεριτοναϊκή προσπέλαση και τοποθετείται ένα μεγάλο κομμάτι πλέγματος για να καλύψει ολόκληρο το στόμιο και το έδαφος του βουβωνικού πόρου. Τα πλεονεκτήματα της προπεριτοναϊκής προσέγγισης είναι ότι διευκολύνεται η ανάταξη μη ανατασσόμενων ή περισφιγμένων κηλών. Αν βρεθεί γαγγραινώδες έντερο μπορεί να πραγματοποιηθεί η αφαίρεσή του μέσα από την ίδια τομή. (Doherty, et al., 2002).

Στην περίπτωση της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης οι τεχνικές, ταξινομούνται σύμφωνα με την προσπέλαση για την κάλυψη του χάσματος: Οι πιο διαδεδομένες λαπαροσκοπικές τεχνικές με τα καλύτερα αποτελέσματα είναι η διακοιλιακή προπεριτοναϊκή -TAPP και η εντελώς εξωπεριτοναϊκή -TEP. Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής TAPP είναι ότι υπάρχει μεγάλος χώρος για εργασία και ταυτόχρονα μπορεί να εξεταστεί και η αντίπλευρη βουβωνική περιοχή για κήλη. Τα πλεονεκτήματα της TEP είναι ότι δεν παραβιάζεται η περιτοναϊκή κοιλότητα και η όλη διαδικασία είναι εφικτή με περιοχική αναισθησία π.χ. ραχιαία και επισκληρίδια αναισθησία, είτε με τοπική αναισθησία (με καταστολή). (Garden, et al., 2003) Μελέτες δείχνουν ότι οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις συνοδεύονται από γρηγορότερη αποκατάσταση και λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, αλλά το κόστος τους είναι μεγαλύτερο. Οι περιπτώσεις όπου ενδείκνυται η λαπαροσκοπική αποκατάσταση των κηλών είναι η υποτροπή κήλης, οι αμφοτερόπλευρες βουβωνοκήλες, γιατί και οι δυο πλευρές μπορούν να αποκατασταθούν μέσω των ίδιων μικρών τομών που χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση της μιας, και σε άτομα με μονόπλευρη κήλη στα οποία η ανάνηψη είναι σημαντική π.χ. εργάτες, αθλητές, και σε παχύσαρκους ασθενείς. (Doherty, et al., 2002) Η αποκατάσταση της βουβωνοκήλης λαπαροσκοπικά

θα πρέπει να διεξάγεται σε ειδικά κέντρα που διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις. (Πιερράκος και συν, 2012).

Η λαπαροσκοπική χειρουργική προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την κλασική ανοιχτή χειρουργική. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:

- Λιγότερος πόνος μετεγχειρητικά (ανώδυνη επέμβαση)
- Ταχύτερη ανάρρωση, όποτε και ταχύτερη έξοδος από το νοσοκομείο, καθώς και ταχύτερη επάνοδος στις συνήθεις δραστηριότητες / εργασία
- Λιγότερες επιπλοκές στο άμεσο (π.χ. μικρότερη πιθανότητα αιμορραγίας και μετεγχειρητικών λοιμώξεων), αλλά και στο απώτερο μετεγχειρητικό διάστημα (π.χ. μικρότερη πιθανότητα δημιουργίας ενδοκοιλιακών συμφύσεων, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν χρόνια κοιλιακό άλγος ή και εντερική απόφραξη)
- Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα (και ακόμα καλύτερο αν ο χειρουργός πραγματοποιήσει στο τέλος της επέμβασης πλαστική αποκατάσταση των μικρών τραυμάτων)
- Καλύτερη διεγχειρητική διάγνωση
- Καλύτερα αποτελέσματα μακροπρόθεσμα (π.χ. χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής)
- Ταυτόχρονη αποκατάσταση ετερόπλευρων κηλών. (Memon & Fitzgibbons, 1998).

Η ρομποτική αποκατάσταση βουβωνοκήλης αποτελεί εξέλιξη της λαπαροσκοπικής και πιθανώς προσφέρει συγκριτικό πλεονέκτημα σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών. Πρόκειται για την τελευταία λέξη της τεχνολογίας, προσφέρει καλύτερη ποιότητα εικόνας στον χειρουργό με ασύγκριτη ασφάλεια και ακρίβεια σε κάθε χειρουργική κίνηση. Έτσι, σε δύσκολες, μεγάλες ή υποτροπιάζουσες κήλες καθώς και σε απαιτητικές μετεγχειρητικές κήλες η ρομποτική υποβοήθηση, με κατάλληλα εκπαιδευμένους και βεβαίως πιστοποιημένους χειρουργούς, αποτελεί σημαντική μέθοδο χειρουργικής επιλογής.

Ένα τυπικό ρομποτικό σύστημα αποτελείται από μία κεντρική μονάδα με ένα συγκεκριμένο αριθμό βραχιόνων και μία κονσόλα από όπου ελέγχεται η μονάδα.

Κάθε βραχίονας μπορεί να δεχτεί τα ρομποτικά εργαλεία ή την κάμερα και όλο το σύστημα τοποθετείται πάνω από τον ασθενή με τρόπο ανάλογο της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί. Ύστερα εισάγονται τα ρομποτικά εργαλεία και η κάμερα εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Σε αυτό το σημείο, ο χειρουργός κάθεται στην κονσόλα ελέγχοντας πλήρως τους ρομποτικούς βραχίονες και διεκπεραιώνει τη χειρουργική επέμβαση. (Κωνσταντινίδης, 2012).

Υπάρχει περίπτωση μετά την επέμβαση να εμφανιστούν ορισμένες επιπλοκές οι οποίες περιλαμβάνουν αιμάτωμα της χειρουργική τομής, λοίμωξη, βλάβες νεφρών, τραυματισμό στα αγγεία, τον τραυματισμό του σπερματικού πόρου και ατροφία των όρχεων. Το ποσοστό υποτροπής κηλών που χειρουργούνται για πρώτη φορά με τοποθέτηση πλέγματος χωρίς τάση είναι 1-2% ή λιγότερο. (Doherty, et al., 2002) Ακόμα και στην περίπτωση όπου εφαρμόζεται η καλύτερη χειρουργική τεχνική οι κήλες μπορεί να υποτροπιάσουν. Οι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται είναι:

- η ανεπαρκής προεγχειρητική επιλογή, η επιλογή ασθενών με δυσκολία επούλωσης
- ο τύπος της κήλης, οι λοξές κήλες εμφανίζουν ποσοστό υποτροπής 1%-7%, ενώ οι ευθείες 4%-10%.
- Η μετεγχειρητική φλεγμονή. (Henry & Thompson, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΠΡΟΣΘΕΤΟΥ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ

5.1 Περιγραφή ιατρικής Πράξης

Η χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο του πρόσθετου πλέγματος διενεργείται συνήθως κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, για την πρόληψη του κινδύνου περίσφιξης. Ο ασθενής, κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο πραγματοποιεί τις απαραίτητες προεγχειρητικές εξετάσεις, οι οποίες υποδεικνύονται από τον εκάστοτε θεράποντα γενικό χειρουργό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως όταν συνυπάρχουν σοβαρές παθήσεις, ο προεγχειρητικός έλεγχος υλοποιείται αρκετές μέρες πριν την επέμβαση, έτσι ώστε να υπάρχει χρόνος για την κατάλληλη προετοιμασία. Ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει αιματολογικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα, έλεγχο της πάγιας φαρμακευτικής αγωγής και προσωρινή διακοπή ορισμένων σκευασμάτων (π.χ. αντιπηκτικά, μετφορμίνη). Σε κάποιες περιπτώσεις περιλαμβάνει επίσης ακτινογραφία θώρακος, καρδιολογική και πνευμονολογική αξιολόγηση. Τέλος γίνεται αξιολόγηση από τον αναισθησιολόγο, ο οποίος ενημερώνει αναλυτικά τον ασθενή για την ιδανικότερη μέθοδο αναισθησίας ανά περίπτωση.

Έπειτα επιτελείται η εισαγωγή του ασθενούς σε δωμάτιο του νοσοκομείου όπου και διανυκτερεύει για την κατάλληλη προετοιμασία του για την χειρουργική επέμβαση, η οποία υλοποιείται την επόμενη ημέρα. Η μέθοδος αναισθησίας που επιλέγεται είναι σε άμεση συνάρτηση με την χειρουργική μέθοδο, που τελικώς θα εφαρμοστεί, αλλά και με την φυσιολογία, ηλικία και τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς. Κατά την χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης εφαρμόζεται συνήθως γενική, περιοχική ή και τοπική αναισθησία. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι κατά κανόνα περιορισμένος και αντιμετωπίζεται με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ενδοφλεβίως ή από το στόμα. Κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να εισαχθεί ένα σωληνάκι για παροχέτευση των υγρών, το οποίο αφαιρείται ανώδυνα συνήθως την 1η μετεγχειρητική ημέρα. Μετά την περάτωση της επέμβασης ο ασθενής σηκώνεται την ίδια ημέρα, διανυκτερεύει όμως στο νοσοκομείο για παρακολούθηση.

Με την έκδοση του εξιτηρίου ο ασθενής συνίσταται να αποφεύγει τις καταστάσεις οι οποίες θα προκαλέσουν αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και είναι πιθανό να οδηγήσουν σε υποτροπή (επαναδημιουργία), προτού επέλθει η επούλωση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Ανάλογα με την τεχνική της επέμβασης τη σοβαρότητα του περιστατικού και το ιστορικό του ασθενούς ο θεράπων ιατρός καθορίζει τη

φαρμακευτική αγωγή και δίνει περαιτέρω μετεγχειρητικές οδηγίες στον ασθενή. Οι χειρουργικές τομές ελέγχονται ως προς την επούλωση τους κατά τις αλλαγές των τραυμάτων και στην περίπτωση που υπάρχουν ράμματα (ανοιχτή τεχνική) αυτά αφαιρούνται συνήθως μετά από 8-12 ημέρες.

Εκτεταμένες κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι κατά την διάρκεια ή μετά το πέρας της χειρουργικής αποκατάστασης της βουβονοκήλης, η πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών είναι εξαιρετικά μικρή. Είναι αυτονόητο ότι η αποκατάσταση της κήλης προγραμματισμένα έχει πολύ μικρότερη πιθανότητα επιπλοκών από μία επείγουσα επέμβαση, λόγω περίσφιξης.

Όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να παρουσιάσουν θεωρητικά επιπλοκές όπως επιμόλυνση, αιμορραγία, βλάβη σε νεύρα, φλεβική θρόμβωση κλπ. Το ποσοστό υποτροπής (επανεμφάνισης της κήλης) είναι σχετικά μικρό και διαφέρει αναλόγως την μέθοδο, που θα εφαρμοστεί. Άλλες επιπλοκές, όπως νευραλγία (τοπικός πόνος λόγω νευρικού ερεθισμού), βλάβη του σπερματικού τόνου, των σπερματικών αγγείων ή και ενδοκοιλιακών οργάνων, δεν μπορούν μεν να αποκλειστούν, προκύπτουν δε πολύ σπάνια.

Συχνότερα παρατηρείται μετεγχειρητικά τοπικό οίδημα (πρήξιμο), λόγω αιματώματος ή αντιδραστικής περισυλλογής υγρού. Το οίδημα περιορίζεται συνήθως στην βουβονική χώρα και στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρεί σταδιακά, μπορεί όμως να επεκταθεί μέχρι και στο όσχεο, γύρω από τον όρχη. Σε περίπτωση οιδήματος επιβάλλεται ο άμεσος και τακτικός επανέλεγχος από τον θεράποντα ιατρό, για την καλύτερη αντιμετώπισή του.

Σε γενικές γραμμές η αποκατάσταση της κήλης με τις σύγχρονες επεμβατικές μεθόδους είναι ένα ασφαλές χειρουργείο.

5.2 Κοστολόγηση Ιατρικής Πράξης

Το κόστος της χειρουργικής επέμβασης αποτελείται από πολλές δαπάνες οι οποίες είτε συνδέονται άμεσα (υλικά, φάρμακα, εργαλεία κτλ.) με τον ασθενή, είτε έμμεσα (έξοδα καθαριότητας, αποστείρωσης, ιματισμού, σίτισης, ηλεκτρικού ρεύματος κλπ.). Η επέμβαση κοστολογείται με βάση το είδος και την βαρύτητα του

χειρουργείου, την χειρουργική τεχνική που επιλέγεται για να γίνει το χειρουργείο (κλασσική, λαπαροσκοπική ή ρομποτική μέθοδος), το πλήθος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την χρήση φαρμάκων, ειδικών υλικών και εργαλείων (όπως ψαλίδι υπερήχων, εργαλεία πολλαπλών ή μιας χρήσεως, αυτόματα συρραπτικά κτλ.), την διάρκεια νοσηλείας και το σύνολο των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν μετά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς. Στο κόστος επέμβασης περιλαμβάνονται τα έξοδα κλινικής, αμοιβές χειρουργού, συνεργατών και αναισθησιολόγου. Πιο συγκεκριμένα το κόστος του χειρουργείου εξαρτάται από τα παρακάτω:

Χειρουργική αμοιβή

Για την περάτωση της επέμβασης αποκατάστασης βουβωνοκήλης απαιτείται ένας χειρουργός, ένας αναισθησιολόγος και στην περίπτωση που η επέμβαση διενεργείται σε δημόσιο νοσοκομείο ένας ειδικευόμενος χειρουργός. Καθένας από αυτούς υποβάλλει συνήθως έναν λογαριασμό για τις υπηρεσίες του.

Προσωπικό χειρουργείου

Εκτός από τους χειρουργούς και τον αναισθησιολόγο που συμμετέχουν στη χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν τουλάχιστον δύο πρόσθετα μέλη νοσηλευτικού προσωπικού στη χειρουργική αίθουσα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Το ένα μέλος είναι αποστειρωμένο στο ιατρικό τραπέζι και εκτελεί τα χρέη της εργαλειοδοσίας και το δεύτερο μέλος είναι νοσοκόμος κίνησης, ο οποίος εκτελεί όλες τις διαδικασίες και ενέργειες που το αποστειρωμένο προσωπικό δεν μπορεί να εκτελέσει. Και τέλος ένας τεχνικός, ο χειρουργικός συνεργάτης ή επισκέπτης, είναι αρμόδιος για την παράδοση στο χειρουργό των ειδικών, αναλώσιμων, αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών υψηλής τεχνολογίας που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της επέμβασης και για την ρύθμιση των μηχανημάτων τους. Η αμοιβή για το προσωπικό μπορεί να συμπεριληφθεί στην αμοιβή της αίθουσας χειρουργείου ή της συνολικής χειρουργικής ομάδας.

Χειρουργική τεχνική

Η χειρουργική τεχνική που εφαρμόζεται επηρεάζει άμεσα το κόστος της επέμβασης. Ο εξοπλισμός που απαιτείται είναι ο βασικότερος παράγοντας που διαφοροποιεί το κόστος της εκάστοτε επέμβασης. Η λαπαροσκοπική και η ρομποτική τεχνική λόγω της ιδιαιτερότητας τους, απαιτούν πιο δαπανηρό εξοπλισμό και εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η αίθουσα χειρουργείου

Η κοστολόγηση της αίθουσας του χειρουργείου γίνεται με βάση ένα σύνολο από εργασίες-υπηρεσίες που πραγματοποιούνται πριν και μετά από την επέμβαση. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν την αποστείρωση και τη συντήρηση των οργάνων του χειρουργείου, των μηχανημάτων της αναισθησίας, του καθαρισμού του δωματίου και άλλων στοιχείων που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (αναλώσιμα υλικά, υλικά στερέωσης, γείωση, αναισθησιολογικά υλικά, φάρμακα, επιδεσμικό υλικό, κλπ.).

Χειρουργικά εμφυτεύματα-εργαλεία μιας χρήσης

Η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση απαιτεί τη χρήση ενός πρόσθετου πλέγματος. Στην περίπτωση που η επέμβαση γίνει λαπαροσκοπικά θα υπάρξει μια δαπάνη για τα υλικά μιας χρήσης. Η τιμή του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού ποικίλλει ευρέως, αλλά το γεγονός ότι πρέπει να είναι αποστειρωμένος και να είναι συμβατός ή εργονομικός, απαιτεί την εκτενή έρευνα και τη κλινική δοκιμή με πολύπλοκες διαδικασίες οι οποίες συνήθως τον καθιστούν αρκετά δαπανηρό.

Προεγχειρητικός έλεγχος

Η δρομολόγησή του ασθενή στο χειρουργείο, απαιτεί μια αλληλουχία γεγονότων η οποία αρχίζει με την επίσκεψη στο χειρουργό, όπου θα γίνει η εκτίμηση της κατάστασής. Οι επισκέψεις που θα χρειαστούν πριν ή και μετά το χειρουργείο αποτελούν ένα κόστος. Ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος καθορίζουν ποιές εξετάσεις είναι απαραίτητο να κάνει ο ασθενής για την εξάλειψη κάθε πιθανού

κινδύνου κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Αυτές οι εξετάσεις συναθροίζονται στο συνολικό κόστος του χειρουργείου

Φάρμακα

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται αποτελούν μια πρόσθετη δαπάνη για το νοσοκομείο και περιλαμβάνουν τα ενδοφλέβια, τα πτητικά φάρμακα της αναισθησίας και οποιαδήποτε ειδικά φάρμακα που είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Αίθουσα ανάνηψης

Το δωμάτιο ανάνηψης ή μονάδα αυξημένης αναισθησιολογικής επαγρύπνησης, δηλαδή η αίθουσα όπου οι ασθενείς μεταφέρονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση όπου ελέγχονται οι ζωτικές τους λειτουργίες κατά την επάνοδο από την αναισθησία, δημιουργεί μια επιπλέον δαπάνη για το νοσοκομείο λόγω του εξειδικευμένου ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής. Εκεί περνάει ορισμένο χρόνο ο ασθενής λαμβάνοντας την ανάλογη μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη ή αντιμετώπιση μη επιθυμητών μετεγχειρητικών συμβάντων.

Νοσοκομειακή φροντίδα

Η εισαγωγή του ασθενούς και η παραμονή του σε δωμάτιο νοσηλείας δημιουργεί ένα επιπρόσθετο κόστος. Τέτοιου είδους κόστος είναι η περαιτέρω νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, το κόστος των εξετάσεων, των φαρμάκων και των υλικών που θα χρειαστεί ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, το κόστος σίτισής και υγιεινής του.

Λόγω έλλειψης στοιχείων που αφορούν το κόστος της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης στην Ελλάδα δεν κατέστη εφικτή η εκτίμηση του κόστους της στα Ελληνικά νοσοκομεία. Εξ αιτίας αυτού του κωλύματος, καθοδηγηθήκαμε από τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Πατέρα να στραφούμε προς στην ξένη βιβλιογραφία. Κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης τα στοιχεία τα οποία βρέθηκαν, συλλέχθηκαν από έρευνες που διεξήχθησαν στην Μεγάλη Βρετανία και στη Σουηδία.

Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας της ανοικτής έναντι της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης της κήλης στη βουβωνική χώρα: αποτελέσματα από μια πολυκεντρική τυχαία κλινική μελέτη στην Μεγάλη Βρετανία και στην Ιρλανδία. ([Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group, 2001](#))

Η παρακάτω οικονομική αξιολόγηση αποτελεί μέρος μιας κλινικής δοκιμής, σε τυχαίο δείγμα ασθενών, συγκρίνοντας τη λαπαροσκοπική με την ανοιχτή μέθοδο αποκατάστασης της βουβωνοκήλης. Η έρευνα διεξήχθη σε 26 νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας και της Ιρλανδίας, συμμετείχαν 928 ασθενείς με κήλη στη βουβωνική περιοχή, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία για λαπαροσκοπική (n=468) ή ανοιχτή (n=460) αποκατάσταση. Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι επιλέχθηκαν μεταξύ Ιανουάριο 1994 έως Μάρτιο 1997 ήταν ιατρικώς κατάλληλοι για την αναισθησία, δεν είχαν διαταραχή στην πήξη του αίματος και δεν εγκυμονούσαν. Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση πραγματοποιήθηκε είτε με τη διακοιλιακή προπεριτοναϊκή είτε με την εντελώς εξωπεριτοναϊκή τεχνική, ανάλογα με την προτίμηση του χειρουργού. Η μέθοδος της ανοιχτής αποκατάστασης αποφασίστηκε από τον κάθε χειρουργό προσωπικά, με πιο συχνή την αποκατάσταση χωρίς τάση με τη χρήση πλέγματος. Τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν έδειξαν ελάχιστη διακύμανση των πόρων μεταξύ των νοσοκομείων από τις ανοικτές επεμβάσεις. Ωστόσο, υπήρχαν μεγάλες διαφοροποιήσεις στη χρήση των πόρων μεταξύ των λαπαροσκοπικών αποκαταστάσεων οι οποίες απορρέουν κυρίως από τον διαφορετικό εξοπλισμό και από τις διαφορετικές τεχνικές αποστείρωσης. Ορισμένες από τις διακυμάνσεις στην λαπαροσκοπική διαδικασία ήταν αποτέλεσμα της πολιτικής των νοσοκομείων για την επαναχρησιμοποίηση ή ανάλωση του εξοπλισμού.

Το εύρος των δαπανών που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της δοκιμής παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Το μέσο κόστος για την λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης ήταν €1.350,42, σε σύγκριση με τις €957,36 για την ανοιχτή αποκατάσταση (πίνακας 2). Το επιπλέον κόστος των €393,06 της λαπαροσκοπικής ομάδας οφειλόταν στις πρόσθετες δαπάνες λειτουργίας τις αίθουσας, στην αυξημένη χρήση του εξοπλισμού και στα πιο ακριβά όργανα αποστείρωσης. Οι μετεγχειρητικές δαπάνες όπως οι επισκέψεις στον γενικό ιατρό, τα ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και άλλα ραντεβού μετά από την

λαπαροσκοπική αποκατάσταση ήταν €138,96 σε σύγκριση με τις €120,16 στην ανοικτή ομάδα. Υπήρχαν επτά υποτροπές/επανεμφάνισεις μετά από λαπαροσκοπική αποκατάσταση σε σύγκριση με καμία μετά από ανοικτή αποκατάσταση, μια στατιστικά σημαντική διαφορά. Αυτό αντιπροσωπεύει το μέσο κόστος υποτροπής/επανεμφάνισης της κήλης των €7,99 μετά από λαπαροσκοπική αποκατάσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.

Κόστος πόρων λαπαροσκοπικής και ανοιχτής μεθόδου αποκατάστασης κήλης.

| Πόρος | Προσέγγιση | Κόστος ανά μονάδα € |
|---|------------|---------------------|
| Προσωπικό | | |
| Σύμβουλος/Εμπειρογνώμονας | Λ/Α | 42,92 ανά ώρα |
| Επιμελητής | Λ/Α | 22,65 ανά ώρα |
| Επικεφαλής νοσοκόμα/νοσοκόμα του προσωπικού | Λ/Α | 10,79 ανά ώρα |
| Χρόνος αίθουσας | Λ/Α | 239,51 ανά ώρα |
| Αντιπρόσωποι φαρμακευτικών | | |
| Temazepam | Λ/Α | 0,05 (13mg) |
| Voltarol | Λ/Α | 1,19 (75mg) |
| Lignocaine 1% | Λ/Α | 0,30 (2 ml αμπούλα) |
| Μυοχαλαρωτικά (βεκουρόνιο-vecuronium) | Λ | 5,39 (10mg) |
| Παράγοντες αναστροφής (γλυκοπυρρόνιο, βρωμιούχο και νεοστιγμίνη) | Λ | 0,68 (αμπούλα) |
| Προληπτική χρήση αντιβιοτικών | Λ/Α | 7,55 (1-5 φιαλίδιο) |

| | | |
|--|-----|---------------------|
| | | |
| Μορφίνη | Λ/Α | 0,91 (10mg αμπούλα) |
| Εξοπλισμός αναισθησίας | | |
| Λαρυγγική μάσκα | Α | 2,74 (μιας χρήσης) |
| T-piece αναπνευστήρας για οξυγόνο | Α | 0,50 (μιας χρήσης) |
| Ενδοτραχειακός σωλήνας | Λ | 1,66 (μιας χρήσης) |
| Ρύγχος αναρρόφησης Yankauer | Λ | 0,44 (μιας χρήσης) |
| Μάσκα Hudson για οξυγόνο | Λ | 0,50(μιας χρήσης) |
| Λειτουργικός εξοπλισμός | | |
| Σύστημα ενδοσκόπησης (κάμερα και πηγή φωτός) | Λ | 22.842,49 (κ.κ.) |
| Μονάδα βίντεο | Λ | 1.575,86 (κ.κ.) |
| Οθόνες τηλεόρασης | Λ | 1.467,07 (κ.κ.) |
| Ενδοσκόπιο (0ο) | Λ | 2.822,28(κ.κ.) |
| Εμφυσητήρας (CO2) | Λ | 7.656,48(κ.κ.) |
| Επαναχρησιμοποιήσιμα εργαλεία | | |
| Λαβίδα | Λ | 613,35 (κ.κ.) |
| Ψαλίδια | Λ | 647,91 (κ.κ.) |
| Εξάρτημα τομής/ανατομής | Λ | 647,91 (κ.κ.) |
| Βασικός δίσκος εργαλείων | Λ/Α | 1.297,65 (κ.κ.) |
| Συμβόλαια συντήρησης εξοπλισμού | Λ/Α | Διαπραγματεύσιμο |
| Αποστείρωση | | |

| | | |
|-----------------------------------|-----|------------------|
| Κλίβανος | Λ/Α | 21.391,63 (κ.κ.) |
| Μηχάνημα υπερήχων | Λ | 2624,04 (κ.κ.) |
| Υγρά | Λ/Α | 31,37 ανά ημέρα |
| Βασικός δίσκος επανεπεξεργασίας | Λ/Α | 34,37 ανά ημέρα |
| Οριακό κόστος ημερήσιας νοσηλείας | Λ/Α | 245,29 |
| Ραντεβού παρακολούθησης | | |
| Γενικός ιατρός | Λ/Α | 16,99 |
| Ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία | Λ/Α | 75,3 |

(κ.κ. κόστος κεφαλαίου)

Πηγή: (Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group), ίδια επεξεργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.

Μέσο κόστος λαπαροσκοπικής και ανοιχτής αποκατάστασης κήλης ανά ασθενή.

| Μεταβλητό κόστος | € Λαπαροσκοπικά | € Ανοιχτά |
|-----------------------------|--------------------|--------------|
| Χειρουργικό κόστος | | |
| Κόστος λειτουργίας αίθουσας | 364,45 | 265,6 |
| Περιεγχειρητικά φάρμακα | 17,6 | 13,8 |
| Κόστος εξοπλισμού | 279,86 | 16,19 |
| Κόστος αποστείρωσης | 49,88 | 34,45 |
| Παραμονή στο νοσοκομείο | 465,63 | 467,61 |
| Αναλώσιμα αίθουσας | 29,09 | 39,53 |

| | | |
|--|----------|--------|
| Κόστος επιπλοκών | 4,95 | 0,04 |
| | | |
| Συνολικό κόστος λειτουργίας | 1.211,46 | 837,2 |
| | | |
| Μετεγχειρητικό και κόστος ραντεβού | | |
| Μετεγχειρητικά φάρμακα | 0,86 | 1,19 |
| Μετεγχειρητικά αναλγητικά | 0,5 | 0,57 |
| Κόστος υποτροπής | 7,97 | 0 |
| Ραντεβού με τον γενικό ιατρό | 12,74 | 15,68 |
| Ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου | 114,22 | 101,5 |
| Άλλα ραντεβού | 2,66 | 1,21 |
| | | |
| Συνολικά μετεγχειρητικά κόστη και κόστη ραντεβού | 138,96 | 120,16 |
| | | |
| Συνολικό Κόστος | 1.350,42 | 957,36 |

Πηγή: (Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group), ίδια επεξεργασία

Σε αυτή τη μελέτη μία από τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων που επηρεάζει το κόστος είναι οι διαφορετικοί τύποι του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται. Το λαπαροσκοπικό κόστος το οποίο αναφέρεται στον πίνακα 3 είναι μία μέση τιμή που αντικατοπτρίζει τις διακυμάνσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Η πολιτική του επαναχρησιμοποιήσιμου εξοπλισμού μείωσε το κύριο κόστος της λαπαροσκοπικής διαδικασίας από €1.210,38 σε €991,67, μια πτώση €218,71, επομένως το συνολικό κόστος μειώθηκε από €1.350,42 σε €1.131,71. Επομένως, περιορίστηκε η διαφορά μεταξύ της λαπαροσκοπικής και της ανοικτής

αποκατάστασης στα €174,35 (€1.131,71 έναντι €957,36). Το αυξημένο λειτουργικό κόστος της λαπαροσκοπικής επέμβασης χρησιμοποιώντας το διαθέσιμο εξοπλισμό ήταν €1.569,35 έναντι €845,15 της ανοιχτής αποκατάστασης, συνδυάζοντας το με το μετεγχειρητικό κόστος και το κόστος των ραντεβού. (ο πιν 3 κο πιν. 2 συγκρίνει ορισμένες τιμές για να μας δείξει τις μειώσεις από τα reusable)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3.

Συνολικό λειτουργικό κόστος

| Συνιστώσα κόστους | Λαπαροσκοπική αποκατάσταση € | Ανοιχτή αποκατάσταση € |
|--|------------------------------|------------------------|
| Επαναχρησιμοποιούμενος λαπαροσκοπικός εξοπλισμός | 991,67 | 831,36 |
| Μιας χρήσης λαπαροσκοπικός εξοπλισμός | 1.569,35 | 845,15 |
| Διάρκεια παραμονής στην ομάδα ανοιχτής αποκατάστασης αυξημένη κατά μια ημέρα | 1.210,38 | 1035,76 |

Πηγή: (Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group, 2001)

Το μέσο κόστος της λαπαροσκοπικής αποκατάστασης της βουβωνοκήλης ήταν €1.350,42 σε σύγκριση με την ανοιχτή αποκατάσταση με €957,36. Η διαφορά των €393,06 ήταν παρόμοια με την διαφορά των €407,36 που αναφέρθηκαν στην πιο πρόσφατη οικονομική αξιολόγηση της λαπαροσκοπικής έναντι της ανοιχτής επέμβασης με τη χρήση πλέγματος. Η διαφορά στην οποία αναφέρθηκε ο Lawrence ήταν στα €708,94. Αυτή η υψηλότερη διαφορά κόστους είναι μια αντανάκλαση της μεγαλύτερης χρήσης του διαθέσιμου ακριβού εξοπλισμού και ο μεγαλύτερος χρόνος επέμβασης για την λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης (72 λεπτά). Η μειωμένη διαφορά, η οποία αναφέρθηκε σε αυτήν τη μελέτη αντικατοπτρίζει την τρέχουσα διακύμανση στην πρακτική μεταξύ των χειρουργών, που χαρακτηρίζεται από την αυξημένη χρήση του επαναχρησιμοποιήσιμου εξοπλισμού, καθώς και τη μείωση του χρόνου επέμβασης για την λαπαροσκοπική αποκατάσταση (58 λεπτά).

Μια πολυκεντρική μελέτη (μεγάλος αριθμός νοσοκομείων) αποκτά μεγαλύτερη αξιοπιστία στα δεδομένα της, καθώς η αύξηση του αριθμού των κέντρων επιτρέπει την απόκλιση μεταξύ τους, όπως η πολιτική για την παραμονή στο νοσοκομείο, για τον εξοπλισμό, τον αριθμό και το είδος του προσωπικού της αίθουσας.

Σε αυτή τη μελέτη συλλέχθηκαν λεπτομερή δεδομένα τα οποία καλύπτουν μια ευρεία γεωγραφική κατανομή. Ως εκ τούτου, οι μέσες τιμές που αναφέρθηκαν είναι πιο πιθανό να αντικατοπτρίζουν την ποικιλομορφία στις συνηθισμένες πρακτικές μεταξύ των νοσοκομείων με ένα μείγμα από πλήρως επαναχρησιμοποιήσιμα, πλήρως αναλώσιμα και από μικτό επαναχρησιμοποιήσιμο και αναλώσιμο εξοπλισμό.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω στοιχεία, το μέσο συνολικό κόστος της λαπαροσκοπικής και της ανοιχτής αποκατάστασης βουβωνοκήλης με τη μέθοδο πρόσθετου πλέγματος υπολογίστηκαν στα €1158,87 (£950,715).

Τα κόστη από τη Λίρα Στερλίνα (GBP) μετατράπηκαν σε ευρώ (EUR) τον Ιανουάριο του 2014, € 1 = £ 0,82

Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας της τοπικής, περιοχικής και γενικής αναισθησίας για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, χρησιμοποιώντας δεδομένα από μια τυχαία κλινική έρευνα στη Σουηδία. (Nordin, et al., 2007).

Η μελέτη χρησιμοποίησε δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια μιας έρευνας, η οποία συγκρίνει την τοπική, την περιοχική και τη γενική αναισθησία που απαιτείται για την βουβωνική αποκατάσταση της κήλης. Όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βουβωνική αποκατάσταση της κήλης σε μία από τις δέκα συμμετέχουσες χειρουργικές μονάδες, προγραμματισμένα ή ως μια επείγουσα διαδικασία, εξετάστηκαν για την καταλληλότητα τους για την έρευνα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 616 ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος, την περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, τον πόνο και το μέγεθος της κήλης. Μεταξύ 203 ασθενών, όπου τυχαία οι 199 έλαβαν περιοχική αναισθησία, οι 164 (82,4 τοις εκατό) έλαβαν αναισθησία σπονδυλικής στήλης και οι 35 (17,6 τοις εκατό) επισκληρίδιο αναισθησία.

Όλα τα έξοδα της βασικής υγειονομικής περίθαλψης, όπως το προσωπικό, τα φάρμακα και τα γενικά έξοδα, βασίστηκαν σε υπολογισμούς από ένα νοσοκομείο στη Σουηδία (Ostersund County Hospital), το οποίο θεωρείται εκπρόσωπος των συμμετεχουσών μονάδων, και της σουηδικής χειρουργικής φροντίδας.

Στοιχεία σχετικά με τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, τη διάρκεια της αναισθησίας, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τη μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο συλλέχθηκαν από μια τυχαία ομάδα ασθενών. Η διάρκεια της αναισθησίας υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την “μη χειρουργική ώρα” στο χειρουργείο. Το κόστος λειτουργίας της αίθουσας του χειρουργείου προσδιορίστηκε κατόπιν εκτίμησης των δαπανών της αίθουσας, και το κόστος της αναισθησίας υπολογίστηκε ανά λεπτό (αναισθησία ανά λεπτό). Οι δαπάνες αυτές υπολογίστηκαν μετά από ενδελεχή έλεγχο της κατανομής του κόστους και συμπληρωματικές συνεντεύξεις με το οικονομικά τμήματα που εμπλέκονται. Η μελέτη έλαβε υπόψη όλες τις σχετικές άμεσες και έμμεσες δαπάνες κατά τη διάρκεια της 12μηνιας παρακολούθησης. Οι δαπάνες αυτές περιέλαβαν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, την απώλεια της παραγωγής (αναρρωτική άδεια) και της επανάληψης της επέμβασης. Κόστη για τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, πρωτοβάθμιας φροντίδας και οποιαδήποτε επαναληπτικής επέμβασης ελήφθησαν από το περιφερειακό σύστημα επιστροφής/απόδοσης στο βόρειο τμήμα της Σουηδίας. Τα έμμεσα κόστη, που δημιουργήθηκαν λόγω αδυναμίας επιστροφής στην εργασία, υπολογίστηκαν από επίσημη σουηδική εταιρία στατιστικής, όπου κατά μέσο όρο ετησίως τα εισοδηματικά όρια μετατράπηκαν σε κόστος απώλειας μιας ημέρας παραγωγής. Τα στοιχεία σχετικά με το κόστος λόγω αδυναμίας επιστροφής στην εργασία λόγω αναρρωτικής άδειας ήταν με βάση τον αριθμό των ημερών μεταξύ της χειρουργικής επέμβασης και της επιστροφής στην εργασία. Όλα τα κόστη υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας μεμονωμένα στοιχεία ανά ασθενή.

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει λεπτομερή διεγχειρητικά κόστη, λαμβάνοντας υπόψη τα σχετικά στοιχεία για κάθε είδος αναισθησίας, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών που απαιτούν πρόσθετους πόρους, το κόστος για το χρόνο επέμβασης, για τη συνολική διάρκεια της αναισθησίας (μη χειρουργικό χρόνο στο χειρουργείο), και το κόστος για το χρόνο στο χώρο ανάνηψης και τις απρογραμμάτιστες εισαγωγές.

Τα κόστη για τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν σημαντικά μεγαλύτερα για την τοπική αναισθησία από ό,τι τόσο στην περιοχική όσο και στην γενική αναισθησία, ενώ το αντίστροφο ίσχυε για τον εξοπλισμό αναισθησίας, την διάρκεια της αναισθησίας και το συνολικό διεγχειρητικό κόστος.

Ακόμη και όσον αφορά το κόστος για το χρόνο στην αίθουσα ανάνηψης, τη μη προγραμματισμένη εισαγωγή και το συνολικό πρώιμο μετεγχειρητικό κόστος, το πλεονέκτημα για την τοπική αναισθησία ήταν σημαντικό (Πίνακας 5). Ωστόσο, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της περιοχικής και της γενικής αναισθησίας. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο η τοπική αναισθησία ήταν σημαντικά ανώτερη από τις εναλλακτικές λύσεις για σχεδόν όλες τις παραμέτρους που μελετήθηκαν, όπως μετεγχειρητικό πόνο, επιπλοκές, δυσκολία στην ούρηση και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Μετά την όγδοη έως και την τριακοστή ημέρα παρακολούθησης δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4.

Βασικές Δαπάνες Επέμβασης Βουβωνοκήλης

| Συνιστώσα Κόστους | Κόστος (€) |
|------------------------|---------------|
| Περιεγχειρητικό Κόστος | |
| Τοπική Αναισθησία | 7,56 |
| Εξοπλισμός | 3,61 |
| Φάρμακα | 3,95 |
| Περιοχική Αναισθησία | |
| Σπονδυλική Στήλη | 34,11 |
| Εξοπλισμός | 7,4 |
| Φάρμακα | 26,71 |
| Επισκληρίδιο | 48,65 |

| | |
|--|-------|
| | |
| Εξοπλισμός | 18,14 |
| Φάρμακα | 30,51 |
| Γενική Αναισθησία | 61,99 |
| Εξοπλισμός | 11,13 |
| Φάρμακα | 50,86 |
| Διάρκεια Αναισθησίας* (σε λεπτά) | 16,45 |
| Διάρκεια χειρουργείου (σε λεπτά) | 17,53 |
| Μετεγχειρητικό Κόστος | |
| Χρόνος σε αίθουσα ανάνηψης (σε ώρες) | 42 |
| Μη προγραμματισμένη Διανυκτέρευση (σε μέρες) | 333 |
| Επίσκεψη Ιατρού, χειρουργικό τμήμα | 140 |
| Επίσκεψη Νοσηλεύτη, χειρουργικό τμήμα | 42 |
| Επίσκεψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών | 151 |
| Επιπλέον Εισαγωγή (σε μέρες) | 333 |
| Υποτροπή (ανά πράξη) | 2.226 |
| Επίσκεψη στο Γενικό Ιατρό | 140 |
| Επίσκεψη στον Τοπικό Νοσηλεύτη | 42 |
| Έμμεσα Κόστη | |
| Αναρρωτική Άδεια (απώλεια παραγωγής σε ημέρες) | 183 |
| *Μη χειρουργικός χρόνος στο χειρουργείο | |

Πηγή: (Nordin, et al., 2007).

Τα μέσα κόστη κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης σε διαστήματα 30 ημερών και 1 έτους παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις επιπλοκές εντός των 30 ημερών. Σε εκατόν έντεκα ασθενείς (18,0%) απαιτήθηκε νοσηλευτική φροντίδα, εξήντα δύο (10,1%) επισκέφθηκαν τον γιατρό, εικοσιέξι (4,2%), παρουσιάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και τέσσερις (0,6%) ασθενείς επανεισήχθησαν. Ο μέσος χρόνος για την επιστροφή στην εργασία ήταν 14 ημέρες και η μέση διάρκεια της αναρρωτικής άδειας ήταν 13 ημέρες. Λαμβάνοντας όλα τα σχετικά κόστη υπόψη, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων .

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5.

| | Κόστος (€) | | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|
| | Τοπική Αναισθησία | Περιοχική Αναισθησία | Γενική Αναισθησία |
| Συνιστώσα Κόστους | | | |
| Διεγχειρητικό κόστος | | | |
| Αναισθητικό κόστος | 8 | 36 | 61 |
| Διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης | 1219 | 1085 | 1048 |
| Διάρκεια αναισθησίας * | 341 | 626 | 581 |
| Σύνολο | 1568 | 1747 | 1690 |
| Πρώιμες μετεγχειρητικές δαπάνες | | | |
| Ωρα στην αίθουσα ανάνηψης | 129 | 258 | 255 |
| Μη προγραμματισμένη διανυκτέρευση | 11 | 45 | 74 |
| Σύνολο | 140 | 303 | 329 |
| Μέσο κόστος κατά τη διάρκεια 30 ημερών παρακολούθησης | | | |

| | | | |
|--|----|----|----|
| Επίσκεψη του γιατρού, χειρουργικό τμήμα | 7 | 10 | 9 |
| Επίσκεψη νοσοκόμας, χειρουργικό τμήμα | 1 | 1 | 1 |
| Επίσκεψη στο τμήμα των έκτακτων | 10 | 11 | 4 |
| Επίσκεψη στο γενικό ιατρό | 9 | 7 | 10 |
| Επίσκεψη στην συνοικιακή νοσοκόμα | 11 | 10 | 15 |
| Επιπλέον εισαγωγή στο νοσοκομείο | 2 | 2 | 5 |
| Σύνολο | 40 | 41 | 44 |
| Υποτροπή σε 1 έτος | 43 | 33 | 44 |

Πηγή: (Nordin, et al., 2007).

Το πλεονέκτημα της τοπικής αναισθησίας ήταν αξιόλογο για το νοσοκομειακό και το συνολικό υγειονομικό κόστος (Πίνακας 6), αλλά δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ της περιοχικής και της γενικής αναισθησίας. Σε σύγκριση με το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για την τοπική αναισθησία, η περιοχική και η γενική αναισθησία ήταν € 333 (15,7 τοις εκατό) και € 316 (15,0 τοις εκατό), αντίστοιχα, πιο ακριβά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6.

| | Μέσα Συνολικά Κόστη(€) | | |
|------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Τοπική Αναισθησία | Περιοχική Αναισθησία | Γενική Αναισθησία |
| Αναισθησία | 349 | 662 | 642 |

| | | | |
|--|------|------|------|
| Νοσοκομείο | 1771 | 2107 | 2082 |
| Υγειονομική Περίθαλψη | 1791 | 2124 | 2107 |
| Απουσία από εργασία (αναρρωτική άδεια) | 1977 | 2008 | 2067 |

Πηγή: (Nordin, et al., 2007).

Ως μέρος της προσπάθειας να αυξηθεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της χειρουργικής επέμβασης κήλης στη βουβωνική χώρα, οι τρεις πιο συνηθισμένες τεχνικές αναισθησίας συγκρίθηκαν σε μια τυχαία έρευνα. Δεδομένου ότι ο στόχος ήταν ότι η δοκιμή πρέπει να αντανακλά τις συνθήκες της γενικής χειρουργικής πρακτικής στη Σουηδία, οι δέκα συμμετέχουσες γενικές χειρουργικές μονάδες ήταν μη-πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία δεν ειδικεύονται στην χειρουργική επέμβαση κήλης.

Το κύριο εύρημα ήταν ότι η τοπική αναισθησία για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης παρέχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα κόστους σε σχέση τόσο με την περιοχική όσο και με την γενική αναισθησία όσων αφορά το συνολικό διεγχειρητικό καθώς και το μετεγχειρητικό κόστος. Άλλα πλεονεκτήματα της τοπικής αναισθησίας περιλαμβάνουν λιγότερο χρόνο παραμονής του ασθενή στην αίθουσα, μικρότερη διάρκεια της νοσηλείας, λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο και μικρότερη δυσχέρεια στην ούρηση.

Οι κύριοι παράγοντες για τη διαφορά του συνολικού κόστους ήταν ο μειωμένος χρόνος στην αίθουσα, το εξιτήριο σε μικρότερο χρόνο και ο εξοπλισμός της αναισθησίας. Σε χειρουργική επέμβαση μιας ημέρας, η παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση κήλης στη βουβωνική χώρα οφείλεται συνήθως σε επιπτώσεις της αναισθησίας. Επομένως, η αποφυγή τέτοιου είδους παρενεργειών είναι ζωτικής σημασίας για την μείωση του κόστους.

Τα συνολικά κόστη με εξαίρεση το κόστος απουσίας από την εργασία του ασθενή ήταν σημαντικά χαμηλότερα για την τοπική αναισθησία από ό, τι τόσο για την περιοχική όσο και για την γενική αναισθησία. Ωστόσο, όταν προστέθηκαν τα

έξοδα απουσίας από την εργασία, η διαφορά παρέμενε υπέρ της τοπικής αναισθησίας, αν και αυτό δεν ήταν σημαντικό λόγω της μεγάλης διακύμανσης της διάρκειας της αναρρωτικής άδειας. Η αναρρωτική άδεια επηρεάζεται από άλλους παράγοντες πλην της ανάρρωσης, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών των ασθενών και τη διαχείριση του πόνου. Παρ' όλα αυτά, η τοπική αναισθησία ήταν περίπου € 325 φθηνότερη από ό, τι οι άλλες εναλλακτικές. Πρόκειται για μια οικονομικά αποδοτική εναλλακτική σε σχέση με τις άλλες μεθόδους αναισθησίας, και θα ήταν συνετό να χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση της κήλης, όχι μόνο σε εξειδικευμένες κλινικές, αλλά και στη γενική χειρουργική πρακτική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια εκτίμησης κόστους της χειρουργικής αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο πρόσθετου πλέγματος. Λόγω της ελλιπούς κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα στραφήκαμε στην διεθνή βιβλιογραφία για την ανεύρεση, συλλογή και επεξεργασία των παραπάνω στοιχείων. Κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης καταλήξαμε σε δυο μελέτες οι οποίες διερευνούν το κόστος της αποκατάστασης της βουβωνοκήλης στην Μεγάλη Βρετανία και στη Σουηδία.

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα το μέσο συνολικό κόστος της χειρουργικής αποκατάστασης της βουβωνοκήλης στην Μεγάλη Βρετανία εκτιμάται στα €1.158,87 (£950,715), και στην Σουηδία €4.541. Τα ποσά που προέκυψαν αξίζουν να συγκριθούν με τις ισχύουσες τιμές DRG's (KEN) της Ελλάδας οι οποίες παραθέτονται στον πίνακα 7. Κάτι που είναι συνετό να σημειωθεί είναι η διακύμανση του κόστους των υλικών και των αμοιβών από χώρα σε χώρα. Σε καμία από τις δυο μελέτες δεν αναφέρεται μεμονωμένα το συνολικό κόστος της επέμβασης με και χωρίς

επιπλοκές, λαμβάνονται όμως υπόψη και οι δύο περιπτώσεις στο μέσο συνολικό τελικό της κόστος.

Η τιμή για το πακέτο της επέμβασης της βουβωνοκήλης με τη μέθοδο του πρόσθετου πλέγματος περιλαμβάνοντας συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές στην Ελλάδα είναι €1.697. Συγκρίνοντάς την με το συνολικό κόστος της Μεγάλης Βρετανίας παρατηρούμε ότι υπάρχει ένα κέρδος των €538,13. Στην περίπτωση που το μέσο συνολικό κόστος της συγκεκριμένης επέμβασης στην Ελλάδα προσεγγίζει το μέσο συνολικό κόστος που υπολογίστηκε σε αυτήν τη μελέτη που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία, η συγκεκριμένη μέθοδος κοστολόγησης νοσοκομειακών υπηρεσιών DRG's (KEN) αποτελεί μια προσοδοφόρα μέθοδο με την οποία θα εξαλειφθούν σύντομα τα ελλείμματα που υπάρχουν στον υγειονομικό τομέα. Συμπερασματικά προτείνεται η χρήση επαναχρησιμοποιούμενων υλικών αντί της χρήσης αναλώσιμων για να επιτευχθεί η συγκράτηση του κόστους, χωρίς να θυσιάζεται η ασφάλεια του ασθενούς ή του προσωπικού. Καταλήγοντας, το βασικότερο πλεονέκτημα της μεθόδου κοστολόγησης με τη χρήση των Διαγνωσμένων Ομάδων Θεραπείας DRG's ή του λεγόμενου Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (KEN) είναι η αποδυνάμωση των κινήτρων για προκλητή ζήτηση υπηρεσιών ή παράταση της νοσηλείας των ασθενών τόσο στον δημόσιο όσο και, κυρίως, στον ιδιωτικό τομέα.

Αντίστοιχα από τη σύγκριση της τιμής των €1.697 με το μέσο συνολικό κόστος της Σουηδίας, προκύπτει ένα έλλειμμα της τάξεως των €2.844. Λαμβάνοντας υπόψη το ενδεχόμενο το μέσο συνολικό κόστος που υπολογίστηκε στη μελέτη της Σουηδίας να προσεγγίζει το μέσο συνολικό κόστος των ελληνικών νοσοκομείων, απορρέει ότι δεν έχει γίνει σωστή εκτίμηση και προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα των KEN με αποτέλεσμα τα ελλείμματα του υγειονομικού τομέα που ήδη προϋπήρχαν ολοένα να αυξάνονται. Η πολιτική πλασματικών τιμών που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα μεταβιβάζει ουσιαστικά το κόστος του τομέα της περίθαλψης στον συνολικό προϋπολογισμό της χώρας, καθώς τα προκύπτοντα χρέη των νοσοκομείων καλύπτονται μέσω κρατικής ρύθμισης. Επομένως, ζωτικής σημασίας είναι η αναπροσαρμογή των KEN και η σωστή διαμόρφωσή τους, προσεγγίζοντας το πραγματικό κόστος της επέμβασης προσαρμοσμένο στα πραγματικά ελληνικά

δεδομένα, κάτι που θα συμβάλει στην προσπάθεια ελέγχου των χρεών των δημόσιων νοσοκομείων και κατ' επέκταση του κρατικού προϋπολογισμού.

Εν κατακλείδι από τα παραπάνω αναδεικνύεται πρωτίστως η ανάγκη για την ορθή κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ως πρώτο βήμα για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7.

| ΚΩΔ. ΚΕΝ | ΚΕΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ | ΜΔΝ από 1/3/2012 | Κόστος από 1/3/2012 |
|-------------|---|------------------------|------------------------|
| Π10Μ | Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές | 4 | 1.697 € |
| Π10Χ | Επεμβάσεις κήλης (βουβωνοκήλης, ομφαλοκήλης κτλ) χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές | 2 | 868 € |

Πηγή: (Υπουργοί, 2012)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2009) *Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική, 48(1): 37-49.
- Βενιέρης, Γ., Κοέν, Σ. και Κωλέτση, Μ. (2005) *Λογιστική Κόστους: Αρχές και Εφαρμογές*. 2^η έκδ. Αθήνα: Pela Ioannidou Publishing.
- Βόγκας, Ν. (1974) *Διοίκησης Νοσοκομείου*. Αθήνα: Α κ' Ζ Οικονόμου Επιστημονικές Εκδόσεις Photo-offset.
- Βώρος, Δ. Κ. (2009) *Χειρουργική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..

- Γιουβανά, Α. (2010) *Κόστολόγηση Μικρής Μονάδας Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Τμήμα Εφαρμοσμένης Πληροφορικής, Ειδίκευση Επιχειρηματικής Πληροφορικής.
- Γολεμάτη, Β. Χ. (1991) *Χειρουργική παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Γούλα, Α. (2007) *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*. 2^η έκδ. Αθήνα: Παπαζήση.
- Δαρβίρη, Χ. (2010) *Προαγωγή Υγείας*. 2^η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Δημοπούλου-Δημάκη, Ι. (2006) *Διοικητική Λογιστική: Κοστολόγηση/ Προϋπολογισμοί/ Λήψη Αποφάσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις INTERBOOKS.
- Ευθυμίου, Ε. και Σταμπεδάκη, Ε. (2011) *Κόστος και Διαχείριση Νοσοκομειακής Παραγωγής*. Ηράκλειο: Τεχνολογικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Καλογεροπούλου, Μ. και Μουρδουκούτας, Π. (2007) *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Κοντούλη Γείτονα, Μ. (1992) *Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής.
- Κυριόπουλος, Ι. (200). *Τα Οικονομικά της Υγείας Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Ι. και Νιάκας, Δ. (1994) *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Κυριόπουλος, Ι. και Σουλιώτης, Κ. (2002) *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Κωνσταντινίδης, Κ. Μ. (2012) *Η Ρομποτική στη Γενική Χειρουργική*. Ελεύθερος Τύπος: Ένθετη Έκδοση του Ελεύθερου Τύπου για την Υγεία και την Ποιότητα Ζωής, 93: 33.
- Κωστάκης, Α. Ι. (2005) *Σύγχρονη χειρουργική διαγνωστική και θεραπευτική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..
- Λαζάρου, Π. (2005) *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2010) *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μαζαράκη, Η. (2012) *Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό*. Αχαϊκή Ιατρική, 31(1): 62-69.
- Μίτσουλη, Ε. (2004) *Οικονομική Αξιολόγηση Εναλλακτικών Θεραπειών - Κατανομή Πόρων*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.
- Μουστάκα, Α. (2008) *Η αξιολόγηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Μια συστηματική ανασκόπηση*. Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2012) *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. 4^η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπινιώρης, Σ. (2009) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. 2^η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Παπαδημητρίου, Γ. (2001) *Σύγχρονη γενική χειρουργική*. 2^η έκδ. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..
- Παπαδημητρίου, Γ. Δ. και Ανδρουλάκης, Γ. Α. (1989) *Αρχές γενικής χειρουργικής*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..

- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 480-488.
- Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Παυλάτος, Ο. (2006) *Λογιστική Κόστους Κόστος-Κοστολόγηση-Αναλυτική Λογιστική*. Χαλκίδα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Χαλκίδας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
- Πετράκη, Σ. (2008) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, προσδοκίες και ικανοποίηση ασθενών από μια Ιδιωτική Κλινική στο Ηράκλειο Κρήτης*. Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Πιερράκος, Γ., Πατέρας, Ι., Φαρφαράς, Α., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Νικολαδός, Ι., Παπαστρατής, Γ. και Σιμόπουλος, Κ. (2012) *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά απο λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνικής κήλης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(3): 325-330.
- Ραφτόπουλος, Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών - Διδακτορικό, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Σίσκου, Ο. (2006) *Εκτίμηση ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Σούλης, Σ. (1999) *Οικονομική της υγείας*. 2^η έκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2000) *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σταυρόπουλος, Ν. Α. (2009) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημοσίου Νοσοκομείου*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων-Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (MBA-TQM).

- Τζανετάκη, Θ. (2006) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων - Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (MBA-TQM).
- Τούντας, Γ. (2003) *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 532-546.
- Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Τριανταφύλλου, Χ. (1992) *Εγχειρίδιο χειρουργικής παθολογίας με στοιχεία σημειολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Υφαντόπουλος, Ι. Ν. (2003) *Τα Οικονομικά τη Υγείας Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Φουστέρη, Α. (2011) *Εισαγωγή συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (KEN-DRGs), διαδικασίες και προϋποθέσεις εφαρμογής τους*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

Ξενόγλωσση

- Doherty, G. M., Lowney, J. J., Mason, J. E., Reznik, S. I. & Smith, M. A. (2002) *Washington manual of surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2002) *Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ.
- Garden, J. O., Bradbury, A. W. & Forsythe, J. (2003) *Αρχές χειρουργικής θεωρία & πράξη*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..
- Glasby, M. A., Owen, W. J. & Kristmudsdottir, F. (2001) *Εγχειρίδιο εφαρμοσμένης χειρουργικής ανατομικής πρακτικός οδηγός για τους*

ειδικευόμενους στη χειρουργική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..

- Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. (2001) *Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial*. British Journal of Surgery, 88(5): 653-661.
- Hansis, M. (2003) *Βασικές γνώσεις χειρουργικής*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε..
- Henry, M. M. & Thompson, J. N. (2001) *Clinical Surgery*. London: Harcourt Publishers Ltd.
- Insel, P. M. & Roth, W. T. (1996) *Core Concepts in Health*. California: Mayfield Publishing Company.
- Levien, D. H. (1993) *Introduction to Surgery*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Memon, M. A. & Fitzgibbons, R. J. (1998) *Assessing Risks, Costs, and Benefits of Laparoscopic Hernia Repair*. Annual Reviews of Medicine, 49: 95-109.
- Nordin, P., Zetterstrom, H., Carlsson, P. & Nilsson, E. (2007) *Cost-effectiveness analysis of local, regional and general anaesthesia for inguinal hernia repair using data from a randomized clinical trial*. British Journal of Surgery, 94(4): 500-505.
- Ruhm, C. J. (2000) *Are Recessions Good for your Health?*. Oxford Journals, The Quarterly Journal of Economics, 115(2): 617-650.
- Schwartz, S. I., Shires, T. G., Spencer, F. C., Daly, J. M., Fischer, J. E. & Galloway, A. C. (1999) *Principles of Surgery Companion Handbook*. New York, St. Louis, San Francisco, Auckland, Bogota, Caracas, Lisbon, London, Madrid, Mexico City, Milan, Montreal, New Delhi, San Juan, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto: The McGraw-Hill Companies.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M. (2009) *The public health effect of economic crises and alternative*. The Lancet, 374: 315-323.

- Towse, A. & Sussex, J. (2000) *Getting UK Health Care Expenditure Up to the European Union Mean - What Does That Mean?*. BMJ, 320(7235): 640-642.
- Udvarhelyi, S. I., Colditz, G. A., Rai, A. & Epstein, A. M. (1992) *Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analyses in the Medical Literature: Are the Methods Being Used Correctly?*. Annals of Internal Medicine, 116(3): 238-244.
- Wolper, L. F. (2001) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (Health care Administration), Σχεδιασμός, εφαρμογή και διαχείριση συστημάτων οργανωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Mediforce.

Ιστοσελίδες

1. Ζιούνας, Ι. (2010) *Σύγχρονη αποκατάσταση της βουβωνοκήλης (χωρίς τάση - tation-free technique)*. Όμιλος Ευρωκλινικής Διαθέσιμο στην: http://www.euroclinic.gr/arthro.aspx?lang_id=1&article_id=198
2. Κυριόπουλος, Ι. *Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης*. Εθνική Σχολή Δημόσια Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας Διαθέσιμο στην: [http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20\[%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82\].pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20[%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82].pdf)
3. Παπαδοπούλου, Σ. (2011) *Ποίος είναι ο τρόπος χρηματοδότησης στην Ελλάδα; Ποιοι παράγοντες συνέλαβαν στο να καθιερωθεί ο συγκεκριμένος τρόπος χρηματοδότησης και ποιά αίτια του δημοσιονομικού προβλήματος της*

υγείας; Πως κρίνετε το προτεινόμενο σχέδιο εξοικονόμησης των δαπανών υγείας και ποιες οι προτάσεις σας για τις αλλαγές με στόχο την εξάλειψη του προβλήματος. Διαθέσιμο στην: <http://www.scribd.com/doc/72479759/%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD-%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82>

4. Υπουργοί Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Οικονομικών. (2012) *Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 Κοινής Υπουργικής Απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011) όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. πρωτ. Υ4α/οικ. 13740/27-03-12 Κοινή Υπουργική Απόφαση «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.85649/27-7-11 Κοινής Υπουργικής Απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)» (ΦΕΚ 940/Β'/2012).* Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Τμήμα Α'. Διαθέσιμο στην: <http://et.diavgeia.gov.gr/f/yyka/ada/%CE%924%CE%A9%CE%95%CE%98-38%CE%A1>