

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΟΛΙΚΗΣ ΘΥΡΕΘΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ»

Βλάχος Χρήστος

A.M. 20027

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Ιωάννης Πατέρας
Ειδικός επιστήμονας

Αθήνα 2022

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΟΛΙΚΗΣ
ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ»**

**Όνοματεπώνυμο
ΒΛΑΧΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
Α.Μ.: 20027**

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητή**

Ιωάννης Πατέρας, Ειδικός επιστήμονας

Μέλος

**Σωτήριος Σούλης, Καθηγητής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος

**Γεώργιος Πιερράκος, Καθηγητής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Βλάχος Χρήστος του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 20027, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, 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 30 Σεπτεμβρίου του 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



Ο επιβλέπων
καθηγητής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, πρωτίστως, τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Πατέρα Ιωάννη για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγησή του, σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για το ακαδημαϊκό έργο που προσέφεραν και για την καθοριστική συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για τη συμπαράσταση και τη βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη

Abstract

Κεφάλαιο 1

1.1 Η έννοια της Υγείας

1.2 Μέτρηση του επιπέδου υγείας και δείκτες Υγείας

1.3 Ανισότητες στην Υγεία

1.4 Συστήματα Υγείας

1.5 Επίπεδα Περίθαλψης

1.6 Διάκριση Νοσοκομειακών Τύπων

Κεφάλαιο 2

2.1 Οικονομικά της Υγείας

2.2 Δαπάνες Υγείας

2.3 Χρηματοδότηση Υγείας

2.4 Πηγές Χρηματοδότησης

Κεφάλαιο 3

3.1 Οικονομική αξιολόγηση – Κοστολόγηση – Τιμολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

3.2 Η Οικονομική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας

3.3 Κόστος

3.4 Κοστολόγηση

Κεφάλαιο 4

4.1 Ο θυρεοειδής αδένας

4.2 Περιγραφή ιατρικής πράξης

4.3 Κοστολόγηση ιατρικής πράξης

Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ρυθμοί ανάπτυξης που επιτεύχθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οδήγησαν στην εκτεταμένη διεύρυνση των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση στην πολύ μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας. Η συνεχής γήρανση του πληθυσμού, η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου, η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, καθώς και η διεύρυνση της κοινωνικής ασφάλισης, με την παράλληλη αύξηση της διαθεσιμότητας και της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας και την εισαγωγή υψηλού κόστους υπηρεσιών βιοϊατρικής τεχνολογίας είχαν ως αποτέλεσμα αυτή η αύξηση των δαπανών να υπερβαίνει την αντίστοιχη αύξηση του Α.Ε.Π. των περισσότερων χωρών προκαλώντας προβλήματα οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας. Τα παραπάνω ανέδειξαν την αναγκαιότητα εφαρμογής επιστημονικών τεχνικών υπολογισμού του κόστους των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την επιτακτικότητα λήψης μέτρων για τη συγκράτησή του.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την εκτίμηση κόστους της ολικής θυρεοειδεκτομής, στα πλαίσια μιας ιδιωτικής νοσοκομειακής μονάδας, καταγράφοντας, αναλύοντας και παρουσιάζοντας το όσο το δυνατό ακριβέστερα. Η μελέτη του κόστους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη βέλτιστη διαχείριση των εξόδων των ιδιωτικών φορέων υγείας, την αποφυγή σπατάλης και την καλύτερη κατανομή των πόρων τους, έχοντας παράλληλα τη μικρότερη δυνατή επιβάρυνση για τον ασθενή και κατ' επέκταση θετικό αντίκτυπο στην κοινωνία.

Η μελέτη του κόστους λαμβάνει χώρα σε μεγάλη ιδιωτική κλινική της Αθήνας, με οπτική γωνία αυτή της κλινικής. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της μικροκοστολόγησης με την «από τα κάτω προς τα πάνω» (bottom – up) τεχνική. Το κόστος που θα εκτιμηθεί αφορά τις προσφερόμενες υπηρεσίες, από τις εξετάσεις προεγχειρητικού ελέγχου έως το εξιτήριο του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων και των υλικών που χρησιμοποιούνται στην εν λόγω επέμβαση. Στην εκτίμηση του κόστους δε θα συμπεριληφθούν οι αμοιβές του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Εκτίμηση κόστους, ολική θυρεοειδεκτομή, μικρο-κοστολόγηση, ιδιωτική κλινική

ABSTRACT

High global economic growth rates achieved after WW II led to a great expansion of healthcare systems and by extension, to a very large increase of healthcare expenditures. Factors such as the continuing aging of the population, changes of the epidemiological profile, the increase of the disposable income, along with the expansion of social security, increased accessibility of health care services and extensive use of high cost biomedical technology led to an increasing rate of the health care expenditures which overcame the rate of financial growth for most countries causing significant problems for their healthcare system sustainability. The above highlighted the necessity of applying scientific techniques for cost calculation of health services, as well as the necessity of taking measures to contain it.

The aim of this thesis is to estimate, record and analyze as accurately as possible the cost of a total thyroidectomy, performed in a private hospital unit. Cost estimation is a necessary condition for optimal financial management of private healthcare units in order to avoid wasting valuable resources and to distribute them optimally. This procedure helps healthcare units to reduce patient costs and by that, improving their contribution to society.

This study takes place in a private hospital in Athens and the cost estimation is being calculated by the hospitals' point of view. The method followed was micro-costing with usage of bottom – up technique.

Keywords

Cost estimation, total thyroidectomy, micro-costing, private hospital unit

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιατρική από τα αρχαία χρόνια και για τη μεγαλύτερη περίοδο της ανθρώπινης ιστορίας, αποτελούσε βασικό μέρος της κοινότητας, ούσα αδιάσπαστη από τις θρησκευτικές δραστηριότητες. Η κοινωνική εξέλιξη και το πέρασμα, κυρίως, από τη φεουδαρχία στον καπιταλισμό, είχε ως αποτέλεσμα η άσκηση της ιατρικής να περάσει στα χέρια ατόμων ειδικά επιφορτισμένων με αυτή και τα οποία πουλούσαν αυτό το προϊόν της ατομικής τους εργασίας έναντι αμοιβής. Οι ιστορικές συνθήκες εξέλιξης του καπιταλιστικού συστήματος επέβαλαν τη μετατόπιση του χώρου παροχής αυτών των υπηρεσιών από το γραφείο των ιατρών σε χώρους όπως οι κλινικές και τα νοσοκομεία και η άσκηση της ιατρικής προσέλαβε σταδιακά τη μορφή που διατηρεί έως τις ημέρες μας. « *Η ιστορία της δυτικής ιατρικής από τότε μέχρι σήμερα είναι η ιστορία ενσωμάτωσης του τομέα της υγείας στην καπιταλιστική παραγωγή και η επιβολή της αστικής κυριαρχίας και μέσα από τους θεσμούς της περίθαλψης*» (Τούντας, 2002).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αντίληψη της κραταιάς επιστήμης για τον ανθρώπινο οργανισμό, να βασίζεται σε μηχανιστικές και μεταφυσικές αρχές, χρησιμοποιώντας και αντίστοιχα μεθοδολογικά εργαλεία έρευνας. Ακόμη, η επιστημονική γνώση και το περιεχόμενο των εννοιών υγείας και ασθένειας αποτελούν προϊόντα των κυρίαρχων κοινωνικών σχέσεων και επιπροσθέτως, η ιατρική πρακτική και εν γένει η υγειονομική περίθαλψη έχουν συγκροτηθεί πάνω στις αρχές της εμπορευματικής παραγωγής.

Η προσέγγιση της έννοιας της υγείας χάνεται στα βάθη των χρόνων, από την εποχή που οι άνθρωποι συγκρότησαν τις πρώτες κοινωνίες. Από την εποχή του μάγιστρου – θεραπευτή, μέχρι την εποχή του σύγχρονου επιστημονικού ιατρικού προσωπικού, αυτή η έννοια έχει επιδεχθεί πολλές ερμηνείες, σχετιζόμενες με την ιστορική ανάπτυξη της εκάστοτε κοινωνίας. Η επικρατέστερη, ωστόσο, η οποία, μάλιστα, κυριαρχούσε μέχρι τα μέσα του προηγούμενου αιώνα, ήταν αυτή που αντιλαμβανόταν την υγεία ως απουσία νόσου ή ακριβέστερα την «*ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης ή ανικανότητας και η έλλειψη*

οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής» (Λιαρόπουλος, 2007). Ωστόσο, γίνεται αντιληπτό ότι, υγεία δεν μπορεί να σημαίνει απλώς απουσία νόσου, αλλά πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ο παραπάνω ορισμός, όπως διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ το 1946, στη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία και παραμένει σε ισχύ μέχρι και σήμερα, αποτυπώνει μια ολιστική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας, αναδεικνύοντας ότι, οι παραπάνω έννοιες λαμβάνουν πολυπαραγοντικά και πολυδιάστατα χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται άμεσα, τόσο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), όσο και με τη βιολογική υπόσταση των ατόμων.

Η ολιστική θεώρηση της υγείας αποτελεί προϋπόθεση για να ειπωθεί η συνολική εικόνα του φαινομένου, που σχετίζεται εν πρώτοις με τις κοινωνικό – οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις του ατόμου, καθώς και με τις σχέσεις και αλληλεξαρτήσεις που αναπτύσσονται στην κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, σε μια δοσμένη κοινωνία (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Εν συνεχεία, παρατίθενται ορισμένες διαστάσεις – προσεγγίσεις του πολυδιάστατου και πολύπλευρου φαινομένου της υγείας και της ασθένειας, οι οποίες είτε αλληλοσυμπληρώνονται είτε διαφοροποιούνται.

1. Βιολογική διάσταση:

Αφορά την ιατροκεντρική αντίληψη, η οποία επικράτησε από τις αρχές του 17^{ου} αιώνα και αντιμετώπιζε την ασθένεια ως ένα φαινόμενο που προκαλείται από βιολογικούς παράγοντες (ιοί, βακτήρια, μικρόβια κ.α.), οι οποίοι επιδρούν στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, προκαλώντας την εμφάνιση της νόσου με συνέπεια τη διαταραχή και τη δυσλειτουργία του. Στόχος, λοιπόν, του ιατρού αποτελεί η αποκατάσταση της αρχικής ισορροπίας του οργανισμού, με κατάλληλες θεραπευτικές μεθόδους, οι οποίες θα αντιμετωπίσουν τη νόσο. Η συγκεκριμένη μηχανιστική αντίληψη, οφείλεται στο περιορισμένο εύρος των επιστημονικών γνώσεων της περιόδου και στα εσφαλμένα μεθοδολογικά εργαλεία, που αντιμετώπιζαν το κάθε φαινόμενο αποκομμένο από τη διαλεκτική σύνδεσή του με το υπόλοιπο περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, η υγεία λάμβανε την έννοια της απουσίας νόσου ή αναπηρίας, ενώ η αρρώστια γινόταν αντιληπτή ως διαταραχή της λειτουργίας του οργανισμού. Αυτή η προσέγγιση, η οποία εξακολουθεί να υφίσταται

και να γίνεται αποδεκτή ακόμη και στις ημέρες μας, περιορίζει την ιατρική επιστήμη και πρακτική στο αποκλειστικό καθήκον της θεραπείας και αποκατάστασης.

2. Οικονομική - Πολιτική διάσταση:

Το πέρασμα από τη φεουδαρχική κοινωνία στην καπιταλιστική, το οποίο είχε ως προϋπόθεση τη μαζική εισροή και εγκατάσταση αγροτικών μαζών στις μεγάλες πόλεις και ως αποτέλεσμα τη διαβίωσή τους κάτω από άθλιες συνθήκες, ανέδειξε την αναγκαιότητα δημιουργίας, από την άρχουσα τάξη, μέσω του κράτους της, ενός συστήματος που θα παρέχει υπηρεσίες υγείας, ως απαραίτητο όρο για την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης, η οποία αποτελεί το βασικό συντελεστή της παραγωγικής διαδικασίας. Η οικονομική προσέγγιση της υγείας αντιλαμβάνεται την ασθένεια ως μια κατάσταση που δεν επιτρέπει στο άτομο που νοσεί να λαμβάνει μέρος στην παραγωγική διαδικασία και, επιπροσθέτως, προκαλεί κόστος στο κοινωνικό σύνολο. Η αναγκαιότητα που προκύπτει από τη συγκεκριμένη προσέγγιση είναι ότι η κοινωνία οφείλει να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει τα νοσούντα άτομα και να τα περιορίσει στο ελάχιστο δυνατό. Η υγεία του ανθρωπίνου κεφαλαίου αποτελεί αναγκαία συνθήκη για το απρόσκοπτο της παραγωγικής διαδικασίας, καθώς και για τα ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματα της. Η εν λόγω προσέγγιση στο σήμερα, σε συνθήκες ανάπτυξης του καπιταλιστικού συστήματος και των συστημάτων υγείας, πέραν των προαναφερθέντων, στηρίζεται στο ότι οι δαπάνες υγείας προκαλούν σημαντικές επιδράσεις αφενός στην παραγωγή και αφετέρου στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, γεγονός που τους προσδίδει ένα χαρακτήρα άμεσο καταναλωτικό και έναν έμμεσο επενδυτικό (Cullis and West 1979).

Η κραταιά αντίληψη για την υγεία, σε συνθήκες ελεύθερης αγοράς, είναι αυτή που αντιμετωπίζει την υγεία ως ένα προϊόν που λαμβάνει και χαρακτηριστικά αγαθού, αλλά και χαρακτηριστικά εμπορεύματος. Οι μελετητές που θεωρούν ότι η υγεία συνιστά ιδιωτικό προϊόν (εμπόρευμα), ισχυρίζονται ότι πρέπει να λειτουργεί όπως κάθε άλλο εμπόρευμα και να υπόκειται στους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης, καθώς θεωρούν ότι δύναται και σε αυτή την περίπτωση, να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ τους. Από την άλλη, υπάρχουν μελετητές που υποστηρίζουν ότι η υγεία αποτελεί ένα δημόσιο – κοινωνικό αγαθό, το οποίο στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς δεν είναι δυνατό να εξασφαλίσει ισότιμη κατανομή των πόρων, εφόσον

λαμβάνει χαρακτηριστικά εμπορεύματος. Η θεώρηση αυτή αναδεικνύει την αναγκαιότητα η παροχή υπηρεσιών υγείας να μη σχετίζεται με την αγοραστική δύναμη ή το εισόδημα του ατόμου, αλλά με τις ανάγκες υγείας του.

3. Κοινωνική διάσταση

Το επίπεδο υγείας ενός ατόμου καθορίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στην κοινωνία. Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, δραστηριοποιείται, κοινωνικοποιείται είναι αυτό που το καθορίζει και κατ' επέκταση, καθορίζει και την κατάσταση της υγείας του.

Η εύρυθμη λειτουργία μιας κοινωνίας προϋποθέτει την υγείας των μελών της, τόσο ατομικά όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Από αυτό προκύπτει η υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου, να μεριμνά για την υγεία των ατόμων που το απαρτίζουν, ως προϋπόθεση για την αναπαραγωγή του.

Από την άλλη, η ασθένεια είναι μια κατάσταση που διαταράσσει την ισορροπία ενός ατόμου, όχι μόνο σε βιολογικό επίπεδο, αλλά και σε κοινωνικό. Η διακοπή της φυσιολογικής λειτουργίας του ατόμου έχει αντίκτυπο και στην κοινωνική του λειτουργία, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται ο τρόπος ζωής του, η εργασία του, οι ευθύνες, οι υποχρεώσεις και ο κοινωνικός του ρόλος.

Η σημασία των κοινωνικών παραγόντων αποτυπώνεται και στο γεγονός ότι, οι κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από συνθήκες κοινωνικής αποδιοργάνωσης, φτώχειας, ανομίας και κοινωνικού αποκλεισμού, δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση ασθενειών (Σαρρής, 2001).

4. Πολιτισμική διάσταση

Ένα ερώτημα που προκύπτει εξετάζοντας την υγεία και την ασθένεια είναι το εάν ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί άρρωστο ανεξαρτήτως ιστορικών συνθηκών ή η κατάσταση της υγείας του έχει μια ιστορικότητα και σχετίζεται με τα εκάστοτε πολιτισμικά χαρακτηριστικά που προσλαμβάνει μια κοινωνία. Κάθε πολιτισμός διαμορφώνει μέσα σε ένα δοσμένο ιστορικό πλαίσιο, το σύνολο των αξιών, των γνώσεων και των κανόνων, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει την ασθένεια και να

προάγει την υγεία. Η οργάνωση και η θεσμοθέτηση, από πλευράς κοινωνίας, του συνόλου των χαρακτηριστικών που καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας και της ασθένειας, διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και εξαρτάται από το επίπεδο ανάπτυξής τους, τόσο κοινωνικο-οικονομικά, όσο και πολιτισμικά.

1.2 ΕΠΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η προσπάθεια εκτίμησης και μέτρησης του επιπέδου υγείας (health status) αποτελεί αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια, καθώς αποτελεί βασικό παράγοντα για την εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού και κατ' επέκταση, για τη διαμόρφωση πολιτικής με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτή η αναγκαιότητα οδήγησε στην ανάπτυξη ορισμένων δεικτών υγείας που, όπως καθορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελούν μεταβλητές οι οποίες μετράνε τις διάφορες πλευρές υγείας ενός δείγματος πληθυσμού ή της αποτελεσματικότητας μιας συγκεκριμένης υγειονομικής μονάδας σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Ωστόσο, η δημιουργία τέτοιων δεικτών συνοδεύεται από μια σειρά σοβαρών προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με τη δυσκολία γενικευσιμότητας σε διαφορετικούς πληθυσμούς, χώρες και εποχές, καθώς και τη δυσκολία συνεχούς ενημέρωσής τους (Λιαρόπουλος, 2007).

Επιγραμματικά, οι δείκτες υγείας βοηθούν στη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Η διάκρισή τους γίνεται σε θετικούς και αρνητικούς.

Οι θετικοί δείκτες αποτυπώνουν μια καλύτερη εικόνα της υγείας ενός πληθυσμού και προσιδιάζουν στους δημογραφικούς δείκτες. Ενδεικτικοί θετικοί δείκτες υγείας είναι οι εξής:

- Το προσδόκιμο επιβίωσης: καταγράφει το σύνολο των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας.
- Ο δείκτης γεννητικότητας: αποτελεί το μέσο ποσοστό γεννήσεων στο σύνολο του πληθυσμού.
- Ο δείκτης γονιμότητας: δίνει το μέσο αριθμό τέκνων ανά γυναίκα.

Οι αρνητικοί δείκτες καταγράφουν τη συχνότητα εμφάνισης νοσημάτων και παθολογικών καταστάσεων του πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Η θνησιμότητα (mortality) , η οποία προτυποποιείται κατά φύλο και ηλικία. Αποτυπώνει τις αιτίες θανάτου των μελών ενός πληθυσμού. Καταγράφει τη συχνότητα θανάτου των ατόμων του γενικού πληθυσμού από μια νόσο, συνήθως στο χρονικό πλαίσιο ενός έτος.
- Η θνητότητα (fatality), η οποία είναι έκφραση της αναλογίας των θανάτων από μια νόσο, σε σχέση με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη νόσο, σε δεδομένο χρονικό διάστημα.
- Η νοσηρότητα (morbidity), η οποία καταγράφει το πλήθος των διαπιστωμένων κρουσμάτων μιας νόσου, στο σύνολο του πληθυσμού.

Πέραν των προαναφερθέντων δεικτών, για την καλύτερη διερεύνηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν δείκτες όπως οι δείκτες των συνθηκών υγιεινής και του περιβάλλοντος (ποσοστό αστικού και αγροτικού πληθυσμού που έχει πρόσβαση σε πόσιμο νερό, ποσοστό νοικοκυριών χωρίς κατοικία κ.α.), οι δείκτες διατροφής (κατανάλωση θερμίδων ανά ημέρα ανά άτομο, κατανάλωση γάλακτος στον παιδικό πληθυσμό κ.α), ο δείκτες διατιθέμενων πόρων και δραστηριοτήτων για την υγεία (δαπάνες υγείας κατά κεφαλή, αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους, αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους κ.α) και οι δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης (μέσο κατά κεφαλή εισόδημα, ποσοστό οικονομικά ενεργού πληθυσμού, ποσοστό αναφαλβητισμού κ.α.).

Ύστερα από πρόσφατες ομαδοποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν από διεθνείς οργανισμούς στα πλαίσια προγραμμάτων υγείας, έχουν προκύψει οι ακόλουθες γενικές κατηγορίες δεικτών (Καστανιώτη, 2018):

1. Επίπεδο Υγείας (Health Status): περιλαμβάνει το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy), τη θνησιμότητα (mortality), τη νοσηρότητα (morbidity) κ.α.
2. Στάσεις ζωής και υγειονομικές συνήθειες (Life style & health habits): εντάσσεται η κατανάλωση αλκοόλ-καπνού-φαρμάκων, η σωματική άθληση, οι διατροφικές συνήθειες, η σεξουαλική ζωή κ.α.

3. Συνθήκες Διαβίωσης και Εργασίας (Living & Working Conditions): περιλαμβάνει την απασχόληση και το περιβάλλον εργασίας, τον ελεύθερο χρόνο, τις συνθήκες κατοικίας, το εξωτερικό περιβάλλον και τις μεταφορές.
4. Σύστημα Υγείας (Health Care System): αποτελούν οι δαπάνες και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, οι υποδομές και οι ανθρώπινοι πόροι, το κόστος και οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, η προαγωγή και η πρόληψη ασθενειών.
5. Δημογραφικοί και Κοινωνικοί Παράγοντες (Demographic & Social Factors): περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την περιφέρεια και κατοικία, την εκπαίδευση.
6. Άλλοι δείκτες όπως η ποιότητα των τροφίμων κ.α.

1.3 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Είναι κοινή διαπίστωση ότι το επίπεδο υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα, καθώς και εντός του εσωτερικού της εκάστοτε χώρας, ανάλογα με τη βαθμίδα της κοινωνικο-οικονομικής και πολιτισμικής διαστρωμάτωσης, καθώς και μεταξύ των διάφορων γεωγραφικών της περιοχών. Αυτές οι ανισότητες αποτυπώνουν τις γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες. Από τη στιγμή που οι υπάρχουσες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι προφανές πως οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα την υγεία του πληθυσμού. Οι πλέον σημαντικότεροι κοινωνικοί παράγοντες που επιδρούν στην υγεία είναι: (Τούντας 2000, από Smaedel 1975)

1. Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση που έχει προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος που εντάσσεται στην παραγωγική διαδικασία.
2. Οι υλικές συνθήκες ύπαρξης του ατόμου, όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική του θέση.
3. Οι κοινωνικές αξίες, οι οποίες καθορίζουν τη στάση του και τις συμπεριφορές του απέναντι στην υγεία και την ασθένεια.

Επιπροσθέτως, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού επιτελούν (Καστανιώτη, 2018):

- Οι δημογραφικοί δείκτες (αναλογία ποσοστού ανδρών – γυναικών, καθώς υπάρχει διαφοροποίηση των νόσων ανάλογα με το φύλο, αλλά και την ηλικία)
- Η οικονομική ανάπτυξη και η κατανομή του παραγόμενου πλούτου, καθώς όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση μεταξύ των φτωχότερων και των πλουσιότερων, τόσο μεγαλύτερες είναι οι διαφορές στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού.
- Το μορφωτικό επίπεδο, δεδομένου ότι έχει διαπιστωθεί η σύνδεση μεταξύ χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης και χαμηλού επιπέδου υγείας, περισσότερου άγχους και χαμηλότερης αυτοπεποίθησης.
- Οι συνθήκες διαβίωσης, εργασίας και κατοικίας.
- Ο τρόπος ζωής και τα πρότυπα συμπεριφοράς (αλκοόλ, κάπνισμα, άσκηση, διατροφή κ.α.)
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, η προσπελασιμότητά τους και η χρήση τους.
- Οι περιβαλλοντολογικές συνθήκες – η οικολογική ισορροπία.
- Η κατανάλωση φαρμάκων.
- Οι κοινωνικές σχέσεις, όπως η ύπαρξη άτυπων δικτύων, πχ δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, το επίπεδο υποστήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον κ.α.

Οι ανισότητες αυτές διακρίνονται σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές υπηρεσιών υγείας τόσο σε εθνικό επίπεδο, όσο και σε διεθνές επίπεδο, μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων κρατών.

Σε έρευνα των Hill L. και Artiga S. (2022), γίνεται η διαπίστωση ότι, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, στις Η.Π.Α., οι πληθυσμοί των αφροαμερικανών, των ισπανόφωνων και των αμερικανών ιθαγενών είχαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά μόλυνσης και θανάτων από COVID-19, σε σύγκριση με το λευκό πληθυσμό.

Ακόμη, έρευνα που διεξήχθη το 1991 στην Αγγλία, έχοντας χωρίσει τους βρετανούς πολίτες σε τέσσερις κοινωνικές κατηγορίες με βάση το εισόδημα, ανέδειξε πως η φτωχότερη κατηγορία είχε τουλάχιστον τριπλάσια θνησιμότητα συγκριτικά με την πλουσιότερη, ενώ σε περιοχές της βόρειας Αγγλίας το φτωχότερο 10% του

πληθυσμού παρουσίαζε τετραπλάσια θνησιμότητα σε σύγκριση με το πλουσιότερο 10%.

Τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα συγκριτικά με τα υψηλότερα, αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας (Τούντας, 2000). Διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και μεταξύ επαγγελματικών κατηγοριών σε άτομα ίδιων κοινωνικών στρωμάτων. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., στην Αγγλία διαπιστώθηκε πως, οι ανειδίκευτοι εργάτες εγκαταλείπουν την εργασία τους κατά 2 με 3 χρόνια νωρίτερα λόγω ασθένειας ή ανικανότητας, από ότι οι ειδικευμένοι εργάτες (WHO, 1985).

Οι ανισότητες μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων κρατών αποτυπώνονται αρχικά στις δαπάνες υγείας, όπου ιδιαίτερα τα φτωχότερα κράτη της αφρικανικής ηπείρου δαπανούν στον τομέα υγείας περίπου από 1\$ έως 5\$ κατά κεφαλήν, ενώ τα πολύ ανεπτυγμένα από 1.000\$ έως 1.500\$. Ακόμη, το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού σε κράτη της Αφρικής και της Λ. Αμερικής κυμαίνεται από 8% έως 20%, ενώ στα ευρωπαϊκά το ποσοστό αυτό αγγίζει το 100%. Επίσης, ανισότητες προκύπτουν και στη διαφορά του επιπέδου των συστημάτων υγείας, όπου κατά μέσο όρο, στις ανεπτυγμένες χώρες αντιστοιχεί ένας ιατρός ανά 344 κατοίκους περίπου, ενώ στις αναπτυσσόμενες αντιστοιχεί ένας ιατρός ανά 5.767 κατοίκους. Επιπρόσθετα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 76,8 έτη, τη στιγμή που στις αναπτυσσόμενες χώρες ανέρχεται μόλις στα 63,3 έτη μέσης διάρκειας ζωής.

Ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας

Οι παραπάνω ανισότητες που αναφέρθηκαν, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό από την κατανάλωση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Οι ανισότητες σε πολλές περιπτώσεις είναι και γεωγραφικές, αφορούν δηλαδή και την αδυναμία του πληθυσμού μιας περιοχής να έχει άμεση πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ιδίως σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση του επιπέδου της νοσηρότητας και της θνησιμότητας αυτών των περιοχών (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Η συγκεκριμένη ανισότητα μπορεί να διαπιστωθεί εξετάζοντας την κατανομή του ιατρικού προσωπικού στα αστικά κέντρα έναντι των

αγροτικών περιοχών, όπου για τις πρώτες αντιστοιχεί, σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες, ένας ιατρός για κάθε 200 κατοίκους, ενώ για τις αγροτικές περιοχές, σε ακραίες περιπτώσεις λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών, αντιστοιχεί έως και ένας ιατρός σε 200.000 κατοίκους. Είναι ενδεικτικό ότι για την Αττική αναλογούν 5,7 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, ενώ στην Κεντρική Ελλάδα και στο Βόρειο Αιγαίο η αναλογία είναι 1,5 και 1,8 αντίστοιχα.

Η ανισότητα στην προσφορά και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών σχετίζεται άμεσα και τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας. Τα περισσότερα κράτη και ιδίως τα ανεπτυγμένα διαθέτουν νοσοκομειακοκεντρικά συστήματα υγείας, τα οποία δίδουν έμφαση στην ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη κατανομή των πόρων για τις ανάγκες αγοράς υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία, που στεγάζονται, κατά βάση, στα μεγάλα αστικά κέντρα. Με αυτόν τον τρόπο, οι περιοχές της υπαίθρου αντιμετωπίζουν άνιση κατανομή υγειονομικής φροντίδας, ενώ έχουν αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

1.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η εξέλιξη των ανθρωπίνων κοινωνιών, το πέρασμα σε ανώτερους κοινωνικούς σχηματισμούς, με ανάλογο επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης, συνοδεύεται από τη βελτίωση της ιατρικής επιστήμης, καθώς και των υπηρεσιών υγείας, μιας και η προστασία της υγείας και η καταπολέμηση της αρρώστιας κατείχε σημαντική θέση στην ανθρώπινη δραστηριότητα, από τις πρωτόγονες μορφές της, ως τις σημερινές επιστημονικά και τεχνολογικά, πολυσύνθετες ιατρικές υπηρεσίες (Τούντας, 2008).

Η έννοια του συστήματος γενικά, εκφράζει την οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών, που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό (Λιαρόπουλος, 2007). Ως σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ορίζεται το σύνολο των ενσυνείδητων προσπαθειών, που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας (WHO, 2000). Οι Καλογερογεροπούλου και Μουρδουκούτας, ορίζουν το σύστημα υγείας ως το σύνολο των ανθρωπίνων και υλικών πόρων του τομέα της

υγείας, οι οποίοι 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 (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Γίνεται σαφές ότι η έννοια του συστήματος υγείας δεν αφορά μόνο την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά περιλαμβάνει το σύνολο των πολιτικών διατομεακού χαρακτήρα, που συγκροτούν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας (Κοντούλη, Γείτονα, 1997). Αποτελούν πολύπλοκους μηχανισμούς, με διευρυμένες λειτουργίες και αρμοδιότητες, από τη στιγμή που, εκτός των όσων προαναφέρθηκαν, είναι πηγή απασχόλησης και εισοδήματος, πεδίο τεχνολογικών καινοτομιών, πεδίο ανταγωνισμού και συγκρούσεων σε επίπεδο πολιτικών και οικονομικών συμφερόντων (Frenk J., 1994). Η πολυπλοκότητα των συστημάτων αυτών είναι ο λόγος που στη βιβλιογραφία υποδιαιρούνται σε επιμέρους υποσυστήματα, προκειμένου να γίνει ευκολότερη η μελέτη τους (Σουλιώτης, 2000).

Κατά τον Levy (1975) το σύστημα υγείας νοείται ως σύστημα πολλαπλών μεταβλητών – υποσυστημάτων, αποτελούμενο από τρία συστατικά στοιχεία – υποσυστήματα, τα οποία είναι:

- 1) Η εξέλιξη της υγείας του πληθυσμού. Αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας και τον προσδιορισμό των αναγκών (κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, οικολογικό περιβάλλον, δημογραφικές εξελίξεις, ατομικές συμπεριφορές κ.α).
- 2) Η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας. Σχετίζεται με τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, το οποίο είναι σε άμεση σχέση με την οικονομική ανάπτυξη, το πολιτικό σύστημα, την εξέλιξη της τεχνολογίας, την εκπαίδευση και την εργασία.
- 3) Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας. Αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας του πληθυσμού και τους τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (εθνικό εισόδημα, κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα, δημοσιονομική πολιτική, ανταγωνιστικότητα της οικονομίας).

Μεταξύ των προαναφερθέντων υποσυστημάτων υπάρχει άμεση αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Η βελτίωση του πρώτου επιφέρει τη μείωση των

παραγόμενων αποτελεσμάτων του δεύτερου και την εξοικονόμηση των αναγκαίων πόρων. Η εύρυθμη λειτουργία του τρίτου υποσυστήματος ενισχύει το δεύτερο, το οποίο με τη σειρά του βελτιώνει το πρώτο. Πέραν της αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης μεταξύ τους, τα υποσυστήματα επηρεάζονται, όπως κάθε σύστημα, από το εξωτερικό περιβάλλον (πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό, πολιτιστικό).

Εκτός από σύστημα πολλαπλών μεταβλητών, το σύστημα υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτό και ως (Σούλης, 1994):

- Σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών
- Παραγωγική διαδικασία.

Μια ακόμη θεώρηση αποτελεί η οικονομική συστημική ανάλυση, η οποία περιλαμβάνει τρία υποσυστήματα (Μπουρσανίδης, 1993):

1. Σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού
2. Σύστημα χρηματοδότησης (ζήτηση – αγοραστές)
3. Συστήματα παραγωγής & διανομής (προσφορά – προμηθευτές)

Τα συστήματα υγείας έχουν ως σκοπό τη βελτίωση και τη διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς και τη βελτίωση και διασφάλιση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας ζωής του. Ως στόχο έχουν την παραγωγή υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες υγείας που προκύπτουν (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης 2011).

Προκειμένου τα συστήματα υγείας να μπορούν να επιτυγχάνουν το σκοπό και το στόχο τους, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από 1) διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, 2) προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, 3) συνέχεια στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και 4) ισότητα και ίσες ευκαιρίες στη χρήση αυτών των υπηρεσιών από το σύνολο του πληθυσμού.

Η έννοια του ολοκληρωμένου συστήματος υγείας

Ως ολοκληρωμένο σύστημα υγείας ορίζεται *«ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρωπίνων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας,*

που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας» (Λιαρόπουλος, 2010). Οι αρχές λειτουργίας στο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι:

A. Η οριοθέτηση και εφικτότητα του σκοπού του, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου.

B. Η διατύπωση συγκεκριμένων στόχων του συστήματος, οι οποίοι θα πρέπει να επανεξετάζονται και να επαναξιολογούνται.

Γ. Οι στόχοι του συστήματος να μετατρέπονται σε πολιτική υγείας και να υπόκειται σε κοινωνικό έλεγχο.

Δ. Ο καθορισμός, ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της διαδικασίας επίτευξης των στόχων.

E. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας αυτής, ως προς την επίτευξη των στόχων.

Μορφές συστημάτων υγείας

Η δομή και η οργάνωση των συστημάτων υγείας σχετίζεται άμεσα με το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, εντός του οποίου υφίσταται, λειτουργεί και αναπτύσσεται. Οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος αποτελούν αντανάκλαση των αρχών και των αξιών που επικρατούν σε μια κοινωνία. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας διαμορφώνονται με βάση τα οικονομικά, δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας.

Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των συστημάτων έχουν οδηγήσει στην επικράτηση τεσσάρων βασικών τύπων συστημάτων:

- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark)
- Εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge)
- Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης
- Μικτό σύστημα υγείας (Νότιο μοντέλο)

Στα συστήματα υγείας τύπου Bismark, βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί η χρηματοδότηση του συστήματος από τα ασφαλιστικά ταμεία (κοινωνική ασφάλιση),

μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών. Τα συστήματα υγείας τύπου Beveridge έχουν ως βασική αρχή το δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού της υγείας, καθιστώντας το κράτος ως το μοναδικό χρηματοδότη και πάροχο των υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση τους προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας. Αντιθέτως, τα φιλελεύθερα συστήματα, αντιμετωπίζουν την υγεία ως προϊόν, με χαρακτηριστικά εμπορεύματος, επομένως, η κρατική παρέμβαση οφείλει να είναι περιορισμένη και η αγορά των εν λόγω υπηρεσιών υγείας, ελεύθερη (Friedman M., 1982). Το μικτό σύστημα αποτελεί το σύστημα που εντοπίζεται στις χώρες της νότιας Ευρώπης, όπως και η Ελλάδα και περιλαμβάνει στοιχεία και από τα τρία προαναφερόμενα μοντέλα. Ωστόσο, στις ημέρες μας κανένα εθνικό σύστημα υγείας δεν ακολουθεί κάποιο από τα παραπάνω μοντέλα στην καθαρή του μορφή (Παπαδόπουλος, 2011).

Πέραν των προαναφερθέντων μοντέλων, η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας μπορεί να γίνει και με διαφορετικά κριτήρια, όπως με το συνδυασμό του τρόπου χρηματοδότησης και του τρόπου πληρωμής των προμηθευτών, μέθοδο που έχει υιοθετήσει ο ΟΟΣΑ(OECD, 2002). Σύμφωνα με αυτή, η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται από τους ανασφάλιστους εθελοντικά ή από τους ιδιωτικά ασφαλισμένους, ή υποχρεωτικά από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση. Όσον αφορά τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών, μπορεί να γίνεται είτε 1) από τον ασθενή, με ίδιους πόρους, είτε β) από τον ασθενή, με απολογιστική κάλυψη από την ασφάλισή του, είτε γ) από τον ασφαλιστικό του φορέα, μέσω συμβάσεων με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, είτε δ) από τον ασφαλιστικό φορέα, μέσω ετήσιων προϋπολογισμών που έχουν ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένου σύστημα υπηρεσιών υγείας. Ο συνδυασμός αυτών των δύο τρόπων χρηματοδότησης και των τεσσάρων τρόπων αμοιβής των προμηθευτών δημιουργούν οκτώ διαφορετικά μοντέλα συστημάτων υγείας. (Τούντας, 2008). Πρακτικά όμως λειτουργούν τα επτά από τα οκτώ, αφού είναι ανεφάρμοστος ο συνδυασμός της υποχρεωτικής ασφάλισης και της πληρωμής των προμηθευτές από τους ίδιους τους ασθενείς (Θεοδώρου και Μητροσύλη, 1999). Τα επτά αυτά μοντέλα είναι τα εξής (Τούντας, 2008):

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή, το οποίο λόγω της επέκτασης της ασφάλισης κατέχει δευτερεύοντα ρόλο.
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενούς, το οποίο βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, κυρίως (ΗΠΑ).

- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενούς, στο οποίο όλοι οι πολίτες καλύπτονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και οι παροχές του εξαρτώνται από το εισόδημα του ασφαλισμένου (Γερμανία, Γαλλία, κ.α.)
- Το εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις, το οποίο βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, η οποία μέσω συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών υγείας, παρέχει πλήρη ή μερική κάλυψη στους ασφαλισμένους έναντι ενός προκαθορισμένου ποσού για μια προκαθορισμένη χρονική περίοδο (ΗΠΑ).
- Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις, του οποίου η λειτουργία είναι αντίστοιχη με το προηγούμενο, μόνο που αντί για ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, οι συμβάσεις συνάπτονται με κοινωνικά ταμεία ασφάλισης.
- Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο, το οποίο προσιδιάζει στο εθελοντικό μοντέλο με συμβάσεις, ωστόσο οι ιατροί είναι έμμισθοι υπάλληλοι και οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν στον ασφαλιστικό φορέα.
- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο, όπου ο δημόσιος τομέας, το κράτος δηλαδή και η κοινωνική ασφάλιση, αποτελεί το βασικό προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας, με κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού.

Με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, το ελληνικό σύστημα υγείας εντάσσεται στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη του ιδιωτικού τομέα, όσο και της κοινωνικής ασφάλισης, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, του προσδίδουν χαρακτηριστικά μικτού συστήματος. Ενδεικτικά, για το 2004, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η γενική φορολογία κάλυπτε το 23,2% των δαπανών, η κοινωνική ασφάλιση το 29,5% και οι ιδιωτικές δαπάνες το 47,2% (OECD, 2006). Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τα φορολογικά έσοδα, άμεσα και έμμεσα και μέσω των πληρωμών των ασφαλιστικών φορέων.

1.5 ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

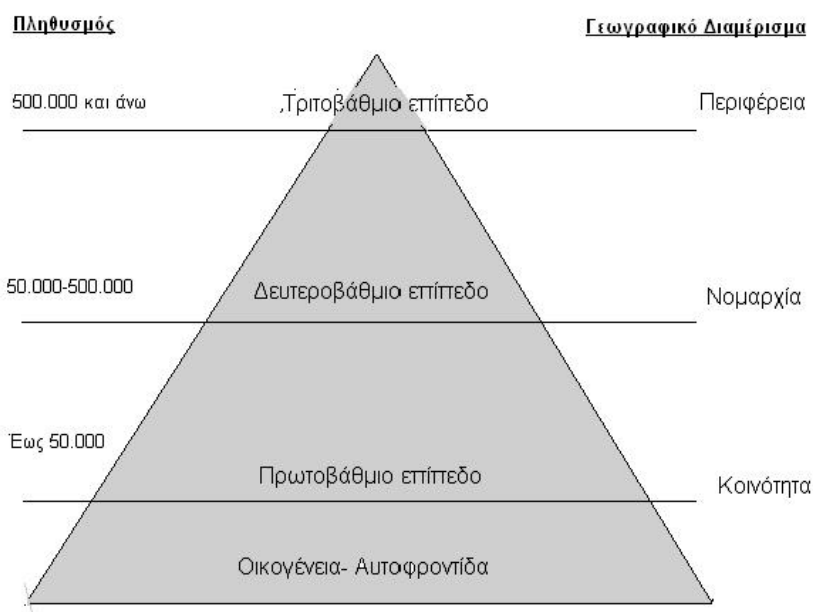
Όλα τα συστήματα υγείας, ανεξάρτητα από το μοντέλο στο οποίο βασίζονται, έχουν διακριτές δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Όσον αφορά τη διάκριση τους στις μορφές περίθαλψης, υπάρχει η εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη. Στην εξωνοσοκομειακή

περίθαλψη εντάσσονται οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης από οικογενειακούς ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που παρέχονται εντός νοσοκομειακών μονάδων από τους επαγγελματίες υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001) . Πέραν των προαναφερόμενων επιπέδων περίθαλψης εντάσσεται και ένα τέταρτο, που αφορά την περίθαλψη που παρέχεται εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή, καθώς και την αυτοφροντίδα. Σύμφωνα με τον Fry J., υπάρχουν τέσσερα επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας:

- **Η οικογενειακή περίθαλψη και αυτοφροντίδα:** Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στο επίπεδο της οικογένειας από τους επαγγελματίες υγείας και η κάλυψη αφορά 1 – 10 άτομα. Στο επίπεδο της αυτοφροντίδας, εντός και εκτός οικογένειας, αντιμετωπίζεται περίπου το 75% των απλών και μικρής έκτασης προβλημάτων υγείας.
- **Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης:** Αναφέρεται στο πρώτο επίπεδο ενός συστήματος υγείας, το οποίο αποτελεί την κύρια είσοδο του ασθενούς σε αυτό. Περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα δίκτυα των οικογενειακών ιατρών. Σε αυτό το επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, υπηρεσίες αντιμετώπισης περιστατικών που δε χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης, τις υπηρεσίες τακτικής παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού και των χρόνια πασχόντων. Ακόμη, περιλαμβάνει το σύστημα διακομιδής των ασθενών, καθώς και τις κινητές μονάδες παροχής πρώτων βοηθειών. Ο πληθυσμός κάλυψης αυτού του επιπέδου κυμαίνεται συνήθως από 500 έως 50.000 άτομα.
- **Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης:** Αναφέρεται στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τοπικά νοσοκομεία, μικρού ή μεσαίου μεγέθους. Στα νοσοκομεία αυτά υπάρχουν οι βασικές ειδικότητες και τα βασικά εργαστήρια, τα οποία έχουν δύναμη κλινών από 100 έως 600 κλίνες και καλύπτει πληθυσμός από 50.000 έως 500.000 κατοίκους.
- **Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης:** Αφορά την αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας, καθώς και την επιστημονική έρευνα. Η παροχή αυτών των υπηρεσιών γίνεται από ιατρούς περιφερειακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων, τα οποία μπορεί να είναι γενικά ή ειδικά. Τα συγκεκριμένα νοσοκομεία διαθέτουν εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και

είναι εξοπλισμένα με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. Ο πληθυσμός κάλυψης των νοσοκομείων αυτών είναι από 500.000 έως 1.500.000 κατοίκους.

Πίνακας 1 – Επίπεδα Περίθαλψης



Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η εξωνοσκομιακή περίθαλψη αποτελούσε την αποκλειστική μορφή φροντίδας των αρρώστων από την αρχαιότητα, υπό τη μορφή της νοσηλείας στο σπίτι, μέχρι την ίδρυση των νοσοκομείων από τα μοναστήρια στην εποχή του Βυζαντίου (Πιερράκος Γ., 2008). Τον 20^ο αιώνα ωστόσο, με την επικράτηση της νοσοκομειακής ιατρικής, επήλθε μείωση του ενδιαφέροντος για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, περιορίζοντας το ρόλο της στην οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας, κυρίως στα δυτικά κράτη (Τούντας, 2002)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας, δίδοντας έμφαση στην προαγωγή υγείας, βασιζόμενη στη συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας και της τοπικής κοινωνίας. Η ΠΦΥ είναι η πύλη, το σημείο πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και επιτρέπει

τον έλεγχο της ροής τους (gate keeping) στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, ούτως ώστε να υπάρχει ορθολογικός σχεδιασμός των νοσοκομειακών δομών, καθώς και έλεγχος των δαπανών (Λίονης Χ., Μερκούρης Μ., 2000).

Το πρώτο κράτος το οποίο έδωσε έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν η Σοβιετική Ένωση. Το σύστημα Σεμάσκο (Semasko medical system) αποτελεί την πρώτη προσπάθεια δημιουργίας ενός καθολικά δημόσιου συστήματος υγείας, με ισότητα στην πρόσβαση των δωρεάν παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από όλους του πολίτες της Σοβιετικής Ένωσης, το οποίο είχε ως προτεραιότητα την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Οι βασικές αρχές του ήταν: 1) Όλες οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται δωρεάν και κατ' επέκταση είναι διαθέσιμες για το σύνολο του πληθυσμού, 2) η πρόληψη των ασθενειών αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής υγείας, 3) όλες οι δραστηριότητες του συστήματος υγείας ελέγχονται από κεντρικά κυβερνητικά σώματα, τα Λαϊκά Επιτροπάτα Υγείας, μέσω των οποίων 4) η πολιτική υγείας σχεδιάζεται καθολικά και κεντρικά για το σύνολο του κράτους. (Sigerist H., 1937).

Σε παγκόσμιο επίπεδο συνολικά, η στροφή προς την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συντελέστηκε προς τα τέλη της δεκαετίας του 1970, με ορόσημο την διακήρυξη της Άλμα – Άτα και την ανάπτυξη από τον Π.Ο.Υ. της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000» (Πιερράκος Γ., 2008). Καθοριστικός παράγοντας αυτής της μεταστροφής των αντιλήψεων αποτελεί η οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που επακολούθησε στις αρχές της δεκαετίας του 1970, η οποία δημιούργησε μεγάλα προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας (Υφαντόπουλος Ι., 1988). Με τη διακήρυξη της Άλμα – Άτα «ορίζεται η βασική φροντίδα της υγείας, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες». Αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο το συστήματος υγείας κάθε χώρας, καθώς και της κοινωνικοοικονομικής της ανάπτυξης. Είναι η πρώτη βαθμίδα επαφής του πληθυσμού με το σύστημα υγείας, φέρνοντας τη φροντίδα υγείας πιο κοντά στους τομείς της κοινωνικής ζωής (τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών), περιλαμβάνοντας επτά βασικές δραστηριότητες (Πιερράκος Γ., 2008):

1. Την εκπαίδευση γύρω από τα προβλήματα υγείας, την πρόληψη και τη θεραπεία τους.
2. Την προώθηση καλύτερης διατροφής.
3. Την εξασφάλιση βασικής υγιεινής για τον πληθυσμό.
4. Τη μέριμνα για τις μητέρες, τα παιδιά και τις ευπαθείς ομάδες.
5. Τα εμβολιαστικά προγράμματα.
6. Την πρόληψη και αντιμετώπιση των ασθενειών.
7. Την ορθή επιλογή θεραπειών και την ορθή χρήση φαρμάκων.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care), λόγω εννοιολογικής σύγχυσης, πολλές φορές ταυτίζεται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Primary medical care), η οποία αποτελεί κομμάτι της πρώτης. Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση «κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, η περίπτωση των οποίων δεν απαιτεί την εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο» (Μωραϊτής Ε. και συν., 1995), δραστηριότητες που εντάσσονται στο ευρύτερο πλαίσιο της ΠΦΥ. Από την άλλη, η ΠΦΥ περιλαμβάνει συνολικά όλες εκείνες τις πολιτικές και δραστηριότητες οι οποίες, πέραν της θεραπείας και αποκατάστασης, αποσκοπούν στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά, θα πρέπει να βασίζεται σε 5 βασικές αρχές (Υφαντόπουλος Ι., 1988):

1. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες και προσβάσιμες από το σύνολο του πληθυσμού όλο το 24ωρο.
2. Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με το χρήστη των υπηρεσιών θα πρέπει να έχουν γνώση του ιατρικού ιστορικού του, καθώς και άλλων δημογραφικών στοιχείων ούτως ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του προβλήματός του.
3. Ο κάθε κόμβος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε πληθυσμό που δε ξεπερνά τα 2.500 άτομα.
4. Να γίνεται συστηματική καταγραφή των ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών υγείας του πληθυσμού κάλυψης, προκειμένου να υπάρχει συνολική εικόνα από τους επαγγελματίες υγείας του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, για την

ορθολογική διαχείριση των περιστατικών και την προώθησή τους στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

5. Το πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αναπτύσσει διαύλους επικοινωνίας μεταξύ των διαχειριστών και των χρηστών για την ανάπτυξη πολιτικής Προληπτικής Ιατρικής.

Γενικό πλαίσιο λειτουργίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πίνακας 2 – Γενικό πλαίσιο λειτουργίας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Βασικές αρχές επιτυχημένης λειτουργίας	Στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Εθνικές πολιτικές για την πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Δραστηριότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
<input type="checkbox"/> Πρόσβαση στην Υπηρεσία όλο το 24ωρο <input type="checkbox"/> Πρώτο σημείο επαφής με τους πολίτες <input type="checkbox"/> Κάλυψη έως και 2500 άτομα ανά κόμβο ΠΦΥ <input type="checkbox"/> Καταγραφή ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών αποτύπωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού <input type="checkbox"/> Δημιουργία διάυλων επικοινωνίας με τους πολίτες και ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής	<input type="checkbox"/> Πρόληψη της ασθένειας <input type="checkbox"/> Διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας <input type="checkbox"/> Αποκατάσταση της υγείας <input type="checkbox"/> Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού <input type="checkbox"/> Μείωση των ανισοτήτων <input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	<input type="checkbox"/> Σύνδεση ΠΦΥ με την Κοινότητα <input type="checkbox"/> Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ, Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ	<input type="checkbox"/> Εκπαίδευση του πληθυσμού <input type="checkbox"/> Προώθηση της σωστής διατροφής <input type="checkbox"/> Παροχή μέτρων υγιεινής <input type="checkbox"/> Φροντίδα ευπαθών ομάδων πληθυσμού <input type="checkbox"/> Εμβολιασμός <input type="checkbox"/> Πρόληψη <input type="checkbox"/> Θεραπεία

Πηγή: Πιερράκος, 2008

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με υπολογισμούς, το 75% του πληθυσμού παρουσιάζει κάθε μήνα τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας. Ωστόσο, μόνο το 1/3 αυτών των περιπτώσεων θα απευθυνθεί στην ΠΦΥ για το πρόβλημά του και ενώ το

80-90% θα μπορούσε να έχει αντιμετωπιστεί, διαγνωστεί και θεραπευτεί από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, χωρίς να απαιτείται η χρήση των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ – ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί στις μέρες μας παγκοσμίως το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Απορροφά στις χώρες του ΟΟΣΑ περίπου το 47% του συνόλου των δαπανών υγείας (2004). Η αλματώδης εξέλιξη των νοσοκομειακών ιδρυμάτων οφείλεται στην εξέλιξη και εξειδίκευση της ιατρικής επιστήμης, στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, έρευνας και εκπαίδευσης, καθώς και στην καθιέρωση της ασφάλισης υγείας (Τούντας, 2008).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται από την ιατρική, αλλά και τη νοσηλευτική υπηρεσία. Η ιατρική υπηρεσία δραστηριοποιείται α) στο επίπεδο της παροχής ιατρικής περίθαλψης, β) στο επίπεδο της έρευνας και γ) στο επίπεδο της έρευνας. Η παροχή ιατρικής περίθαλψης εντός του νοσοκομείου διακρίνεται σε 3 επίπεδα: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αφορά την παροχή διαγνωστικής και θεραπευτικής φροντίδας σε τακτική βάση, μέσω των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, είτε σε επείγουσα, μέσω του τμήματος των επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).

Το επίπεδο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τη νοσηλεία των περιστατικών, τον απεικονιστικό και εργαστηριακό έλεγχο που πραγματοποιείται στους νοσηλεύομενους, καθώς και τις επεμβατικές πράξεις.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά την παροχή υψηλά εξειδικευμένων υπηρεσιών, με την υποστήριξη περισσότερων από μια ειδικοτήτων. Προϋποθέτει, επίσης, την ύπαρξη σύγχρονου εξειδικευμένου εξοπλισμού.

Η εκπαιδευτική δραστηριότητα περιλαμβάνει τα προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης που λαμβάνουν χώρα εντός του νοσοκομείου και ο τομέας της έρευνας αφορά τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται για τη βασική και εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα.

Η νοσηλευτική υπηρεσία αναπτύσσει δραστηριότητες που αφορούν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και στα τρία επίπεδα φροντίδας εντός του νοσοκομείου ή και κατ' οίκον, καθώς και εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αφορούν την εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού (Θεοδώρου και συν. 2001)

1.6 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΤΥΠΩΝ

Η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, η διάκριση των οποίων γίνεται με τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το σκοπό τους και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και διακρίνονται σε γενικά (general) και σε ειδικά (specialty). Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα όλων ή των περισσότερων ειδικοτήτων και τα ειδικά εξειδικεύονται στη νοσηλεία περιπτώσεων μιας ειδικότητας (ογκολογικό, ψυχιατρικό, μαιευτήριο κτλ.), διαθέτοντας βέβαια υποστηρικτικά και άλλες ειδικότητες. Τα ειδικά καλύπτουν, ως επί το πλείστον, μεγαλύτερες περιοχές από τα γενικά
- Το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν, διακρινόμενα σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας (acute hospitals), με διάρκεια νοσηλείας μικρότερη του μήνα και σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων (long – term hospitals) με μακρά διάρκεια νοσηλείας (ψυχιατρικά, γηριατρικά κτλ).
- Τη γεωγραφική περιφέρεια και τον πληθυσμό που καλύπτουν. Διακρίνονται σε τοπικά (local) καλύπτοντας περιοχές με πληθυσμό έως 50.000 κατοίκους, σε νομαρχιακά (district) καλύπτοντας περιοχές με πληθυσμό έως 500.000 κατοίκους και σε περιφερειακά (regional) άνω των 500.000 κατοίκων.
- Τη νομική τους μορφή, με διάκριση σε κρατικά, κοινωφελή και ιδιωτικά.
- Τον εκπαιδευτικό τους ρόλο. Διακρίνονται σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, νοσοκομεία με περιορισμένο εκπαιδευτικό ρόλο και σε νοσοκομεία χωρίς εκπαιδευτικό έργο.

Το νοσοκομειακό προϊόν και τα λειτουργικά μεγέθη του

Για την οργάνωση κάθε παραγωγικής διαδικασίας τον βασικότερο ρόλο επιτελεί η σαφής γνώση του αποτελέσματός της, του προϊόντος που παράγεται και των χαρακτηριστικών του. Ο σαφής προσδιορισμός, εννοιολογικά αλλά και πρακτικά, του παραγόμενου προϊόντος ενός νοσοκομείου είναι ένα δύσκολο έργο.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει υιοθετήσει ως μέτρο για το νοσοκομειακό προϊόν την ημέρα νοσηλείας (patient day) και την περίπτωση νοσηλείας (case), μέτρα τα οποία, ωστόσο, δεν είναι απαλλαγμένα από προβλήματα, κυρίως λόγω της ανομοιογένειας του νοσοκομειακού προϊόντος. Η ανομοιογένεια αυτή οφείλεται α) στις μεγάλες διαφορές μεταξύ των συναρτήσεων παραγωγής των περιπτώσεων νοσηλείας διαφορετικών διαγνωστικών κατηγοριών και β) στην ανομοιογένεια των πόρων που χρησιμοποιούνται για κάθε ημέρα νοσηλείας ακόμη και για τις ίδιες περιπτώσεις (Λιαρόπουλος, 2007).

Κάθε νοσοκομείο διακρίνεται και προσδιορίζεται από ορισμένα μεγέθη, τα οποία αποτελούν βασικά στοιχεία του τρόπου λειτουργίας τους. Τα λειτουργικά μεγέθη των νοσοκομείων είναι τα εξής:

- Κλίνες: Ο αριθμός των κλινών ενός νοσοκομείου αποτελεί το μέτρο της δυναμικότητας και της δυνατότητάς του για παροχή υπηρεσιών.
- Αριθμός νοσηλευόμενων: Εκφράζει τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο σε κάθε χρονική στιγμή.
- Μέρες νοσηλείας: Σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο το νοσοκομείο παράγει ένα σύνολο ημερών νοσηλείας. Μπορεί να γίνει διάκριση στις συνολικές ημέρες νοσηλείας μιας περίπτωσης και στις συνολικές ημέρες νοσηλείας που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.
- Διάρκεια νοσηλείας: Εκφράζει το σύνολο των ημερών νοσηλείας μιας περίπτωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιστήμη των οικονομικών της υγείας αναπτύχθηκε ως ιδιαίτερος κλάδος της οικονομικής επιστήμης περίπου στα τέλη της δεκαετίας του 1940. Η μεγάλη αύξηση των κοινωνικών δαπανών, στα πλαίσια του λεγόμενου κράτους πρόνοιας, μεταξύ των οποίων και αυτών που αφορούσαν την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, προέβαλε επιτακτικά την αναγκαιότητα μελέτης του συγκεκριμένου πεδίου αυτοτελώς. Η αύξηση των κοινωνικών δαπανών υπερέβαινε τον αντίστοιχο ρυθμό μεγέθυνσης του Α.Ε.Π. στα περισσότερα δυτικά κράτη και ως εκ τούτου, αυτό οδήγησε τα εν λόγω κράτη στην προσπάθεια εξορθολογισμού των συγκεκριμένων συστημάτων και ανεύρεσης μεθόδων για την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση και την ορθότερη κατανομή των πόρων.

Η αύξηση των δαπανών που συντελέστηκε σε αυτές τις δεκαετίες έχει αποδοθεί:

- Στις δημογραφικές αλλαγές.
- Στην αλλαγή του επιδημιολογικού φάσματος, από χρόνιες λοιμώξεις σε χρόνιες νόσους (νεοπλασίες, καρδιαγγειακές παθήσεις).
- Στην ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας.
- Στη σχεδόν καθολική επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης.
- Στη μετατροπή της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας σε διαγνωστική τεχνολογική εξάρτηση, από εντάσεως ιατρικής φροντίδας.
- Στην αύξηση των ιατρικών αμοιβών. (Υφαντόπουλος, 1988)

Τα οικονομικά της υγείας μπορούν να οριστούν ως *«η επιστήμη που απασχολείται με την επιλογή, την αξιολόγηση και την κατανομή των περιορισμένων πόρων στο χώρο της υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού»* (Τούντας, 2008). Ακόμη, τα οικονομικά της υγείας παρέχουν πληροφορίες για το κόστος και το όφελος της κοινωνίας από την τρέχουσα και μελλοντική παραγωγή, κατανάλωση και διανομή των περιορισμένων πόρων για την υγεία (Υφαντόπουλος, 2003). Σκοπός των οικονομικών της υγείας αποτελεί η *«εξασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, μέσω της παροχής υπηρεσιών και αγαθών υγείας, στα πλαίσια του θεμελιώδους οικονομικού προβλήματος,*

της στενότητας των ανθρωπίνων και υλικών πόρων μιας χώρας» (Σούλης, 1999) και οι επιμέρους στόχοι αποτελούν η ανάγκη επίτευξης ισορροπίας ανάμεσα στις απεριόριστες ανάγκες και τους πεπερασμένους διαθέσιμους πόρους, μέσω της συνεχούς βελτίωσης της παραγωγικότητας των συστημάτων υγείας και της ορθολογικής κατανομής των υπηρεσιών και αγαθών που παράγονται.

Η μεθοδολογία των οικονομικών της υγείας, έχοντας προκύψει από την οικονομική επιστήμη, παρουσιάζει πολλά κοινά σημεία με αυτήν, κυρίως στη μικροοικονομική μεθοδολογία, στη θεωρία του καταναλωτή και στη θεωρία του παραγωγού (παραγωγική διαδικασία, παραγωγός γιατρός – νοσοκομείο, καταναλωτής – ασθενής).

Γίνεται, όμως, εύκολα αντιληπτό ότι τα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας διαφέρουν πολύ από αυτά των λοιπών τομέων οικονομικής δραστηριότητας, πράγμα που θέτει υπό αμφισβήτηση το κατά πόσο δύναται οι γενικές αρχές της οικονομικής θεωρίας να εφαρμοστούν άμεσα σε αυτό τον τομέα. Οι ιδιαιτερότητες του τομέα υγείας περιλαμβάνουν:

- Την κρατική παρέμβαση. Η παρέμβαση του κράτους γίνεται με πολλές μορφές, όπως η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ή ο καθορισμός των τιμών των ιατρικών πράξεων, διαγνωστικών εξετάσεων, φαρμάκων κ.α.
- Την αβεβαιότητα που κυριαρχεί στα συστήματα υγείας. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος μιας ενδεχόμενης προσβολής από κάποια νόσο, προκαλεί αβεβαιότητα στον καταναλωτή.
- Την ασύμμετρη πληροφόρηση. Ο ιατρός και ο ασθενής εκ των πραγμάτων δεν μπορούν να έχουν την ίδια πληροφόρηση σχετικά με ένα ιατρικό ζήτημα, επομένως προκύπτει αναπόφευκτα ασύμμετρη πληροφόρηση.
- Τις εξωτερικές επιδράσεις. Η έλλειψη των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας σε ένα άτομο δημιουργεί εξωτερικό κόστος στην κοινωνία, όπως για παράδειγμα μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις λοιμωδών νοσημάτων.

Σε μικρο-επίπεδο, ο επιστημονικός κλάδος των οικονομικών υγείας ερευνά:

- Τους αιτιολογικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη ζήτηση, την ελαστικότητά της, ως προς την τιμή, ως προς το εισόδημα και ως προς τις προτιμήσεις του καταναλωτή.
- Τη διαδικασία παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών στο επίπεδο παραγωγικής μονάδας (νοσοκομείο, κέντρο υγείας κτλ).
- Τη διαμόρφωση του κόστους και των παραγόντων που το επηρεάζουν.
- Τον τρόπο που χρηματοδοτούνται οι προϋπολογισμοί των μονάδων υγείας και πως αυτοί διαμορφώνονται.
- Τον τρόπο που γίνεται η διαχείριση των πόρων, με στόχο το κέρδος, στις περιπτώσεις των ιδιωτικών μονάδων υγείας.
- Τις οργανωτικο-διοικητικές και διαχειριστικές μεθόδους που θα συμβάλλουν στην καλύτερη αποδοτικότητα σε επίπεδο μονάδας υγείας. (Σούλης, 1999).

Σε μακρο – επίπεδο ο κλάδος των οικονομικών της υγείας μελετά:

- Τα συνολικά προβλήματα του συστήματος υγείας.
- Την εξέλιξη των δαπανών και των επιπτώσεών τους στην οικονομία.
- Τη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών τους.
- Τον έλεγχο των τιμών, την αγορά του τομέα υγείας (προσφορά – ζήτηση) σε μακρο-επίπεδο.
- Τους μηχανισμούς εξασφάλισης της ποσοτικής επάρκειας σε πόρους (ανθρώπινους, υλικούς, οικονομικούς) για την ποιοτική αναβάθμισή τους ανάλογα με τις δυνατότητες της οικονομίας.
- Τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να επιτευχθεί μείωση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία – ασφάλιση και των ανισοτήτων απέναντι στη νόσο και το θάνατο (Σούλης, 1999).

Τα οικονομικά της υγείας θα πρέπει να επιλύουν τα εξής ζητήματα:

1. Τον προσδιορισμό των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού , προκειμένου να προγραμματίζεται αναλόγως η παραγωγή τους.

2. Τον προσδιορισμό του τρόπου οργάνωσης της παραγωγής των εν λόγω υπηρεσιών, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται μέγιστη παραγωγή στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
3. Τον προσδιορισμό της διανομής των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.
4. Τον προσδιορισμό του τρόπου ανάπτυξης του συστήματος υγείας. (Υφαντόπουλος, 2003)

Το σύστημα υγείας εξετάζεται, από την οικονομική της υγείας, ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής, που αποτελείται από επιμέρους οικονομικές μονάδες, το οποίο απαιτεί:

- Εισροές(inputs): Αποτελούνται από τους παραγωγικούς συντελεστές (ανθρώπινοι πόροι, κτιριακές εγκαταστάσεις, τεχνολογικός εξοπλισμός) και τους οικονομικούς πόρους για τη λειτουργία της.
- Παραγωγική διαδικασία (process): Το σύνολο της δραστηριότητας που συντελείται εντός του συστήματος και έχει ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Εκροές (outputs): Αποτελούν το σύνολο των παραγόμενων υπηρεσιών της υγειονομικής μονάδας, όπως ο αριθμός των εξετάσεων, των εισαγωγών και εξαγωγών, των επεμβάσεων, των ημερών νοσηλείας κ.α.
- Αποτελέσματα(outcomes): Ως μέρος ενός συστήματος υγείας, η κάθε παραγωγική μονάδα θα πρέπει να συμβάλει στον κύριο σκοπό του συστήματος υγείας που είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, μέσω της μείωσης των αρνητικών δεικτών και βελτίωσης των θετικών. (Θεοδώρου και συν, 2001).

Ο προσδιορισμός του συστήματος υγείας επικεντρώνεται όχι μόνο στην παραγωγή και στη διανομή των υπηρεσιών υγείας, αλλά κύρια στον τρόπο βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σούλης, 1999).

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι η αναγκαιότητα μελέτης των οικονομικών της υγείας προκύπτει από:

- Τη διόγκωση του μεγέθους των συστημάτων υγείας και στην αύξηση της παραγωγικής διαδικασίας του τομέα υγείας εν γένει, που αντιστοιχεί στο 8-10% του ΑΕΠ στις ανεπτυγμένες χώρες και απασχολεί το 4-8% του συνολικού εργατικού δυναμικού, αποτελώντας και το δεύτερο μεγαλύτερο τομέα της οικονομίας.
- Τη στενότητα των πόρων, που προκύπτει από την αύξηση των δαπανών υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης από αυτή του ΑΕΠ.
- Στις αυξημένες ανάγκες υγείας, λόγω μεταβολής των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των επιδημιολογικών προτύπων, που αυξάνουν τις δαπάνες.
- Το επίπεδο των πολιτικών παρεμβάσεων από το κράτος.
- Τις ανισότητες που εξακολουθούν και υπάρχουν στον τομέα της υγείας.
- Την αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών και αγαθών υγείας, καθώς και από την αύξηση του κόστους ιατρικής περίθαλψης.
- Το γεγονός ότι έχει διαπιστωθεί η σχέση του οικολογικού και κοινωνικού περιβάλλοντος με το επίπεδο υγείας, κατά συνέπεια η μελέτη αυτών των παραγόντων κρίνεται αναγκαία.
- Την αναγκαιότητα προσαρμογής του εκπαιδευτικού συστήματος και της αγοράς εργασίας του υγειονομικού τομέα βάσει των αναγκών και των διαθέσιμων πόρων.
- Τις απαιτήσεις των εργαζομένων και λοιπών ομάδων του πληθυσμού που ωθούν στη διόγκωση του συστήματος υγείας, χωρίς αυτό να γίνεται με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες και δυνατότητες. (Σούλης, 1999)

2.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δαπάνες υγείας αφορούν κάθε τύπο δαπάνης που πραγματοποιείται στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού, είτε αυτή αφορά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, είτε την πρόληψη (Canadian Institute for Health Information, 2002). Η μέτρηση, ωστόσο της υγειονομικής δαπάνης, διακρατικά ή και ακόμη και εντός της ίδιας χώρας διαχρονικά, εμφανίζει σημαντικά πρακτικά και μεθοδολογικά προβλήματα, λόγω της διαφοροποίησης στον τρόπο συλλογής δεδομένων, της διαφορετικής οριοθέτησης του υγειονομικού τομέα, των οργανωτικών διαφορών που παρουσιάζουν τα υγειονομικά συστήματα κ.α. (Λιαρόπουλος, 2010).

Η διάκριση της δαπάνης γίνεται αρχικά μεταξύ της δημόσιας, που περιλαμβάνει τις δαπάνες του κράτους και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και της ιδιωτικής δαπάνης, που αφορά τις δαπάνες που προκύπτουν είτε από τις απευθείας πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες και αγαθά υγείας, είτε από αυτές που γίνονται μέσω ιδιωτικής ασφάλισης (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Τα κύρια μέτρα έκφρασης των υγειονομικών δαπανών, όταν γίνονται διακρατικές – διαχρονικές συγκρίσεις είναι τα εξής:

- 1) Ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος που απορροφά ο τομέας υγείας.
- 2) Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. (Λιαρόπουλος, 2010).

Προκειμένου να ξεπεραστούν προβλήματα της συγκρισιμότητας των δαπανών υγείας μεταξύ χωρών, λόγω αδυναμίας καταγραφής των ιδιωτικών δαπανών, οι διεθνείς οργανισμοί υιοθέτησαν την έκφραση των δαπανών υγείας ως ποσοστό επί της εγχώριας κατανάλωσης (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

Οι δαπάνες υγείας, από τη μεριά της κατανάλωσης, διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

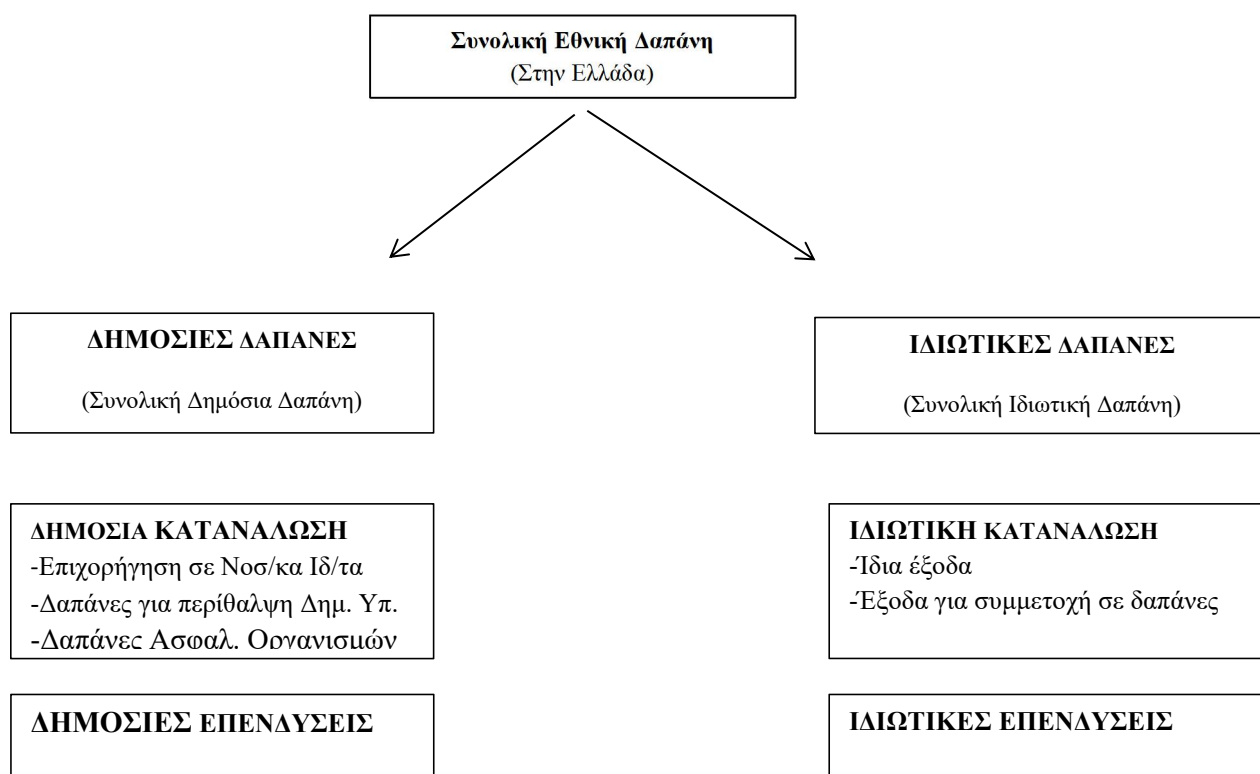
- 1) Οι ιατρικές δαπάνες: περιλαμβάνουν τις αμοιβές των ιατρών, δαπάνες για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και για διάφορες θεραπείες κ.α.

- 2) Οι νοσοκομειακές δαπάνες: αφορούν τα έξοδα νοσηλείας, τις δαπάνες των επεμβάσεων, τις δαπάνες φαρμάκων που χορηγούνται σε νοσηλευόμενους, τις δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α.
- 3) Οι φαρμακευτικές δαπάνες: περιλαμβάνουν τις δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά προϊόντα.

Οι παραπάνω δαπάνες, μαζί με τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, την πρόληψη και την αγωγή υγείας, τις υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, την ιατρική της εργασίας, τις δαπάνες για κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, για επενδύσεις και έρευνα, καθώς και για διοικητικές δαπάνες, αποτελούν το σύνολο που ορίζεται ως Συνολικές Δαπάνες Υγείας. Οι συνολικές δαπάνες αποτελούνται από τις δαπάνες που προέρχονται από το δημόσιο τομέα, για την κάλυψη των εξόδων του συστήματος υγείας και τις ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες αφορούν τις απευθείας πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες υγείας (Σούλης, 1999).

Στη χώρα μας, οι συνολικές δαπάνες υγείας καταγράφονται στο σύστημα Εθνικών Λογαριασμών με το δείκτη της Εθνικής Δαπάνης Υγείας, που περιλαμβάνει την Ιδιωτική Κατανάλωση, τη Δημόσια Κατανάλωση, τις Δημόσιες Επενδύσεις και τις Ιδιωτικές Επενδύσεις που συντελούνται στον τομέα της υγείας. Η Ιδιωτική Κατανάλωση αφορά α) τα ίδια έξοδα των ασθενών για νοσήλια, τις άμεσες πληρωμές προς τους ιατρούς και την επιβάρυνση για αγορά φαρμάκων και άλλων υλικών, β) τη συμμετοχή των ασθενών στα έξοδα, όπως η συμμετοχή που καταβάλλουν οι ίδιοι μεταξύ της τιμής που προβλέπεται από τον ασφαλιστικό φορέα όπου ανήκουν και την τιμή αγοράς των σκευασμάτων, φαρμάκων, εξετάσεων, ιατρικών πράξεων κτλ και γ) τις τρέχουσες μεταβιβάσεις των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες αφορούν τις δαπάνες που πραγματοποιούν τα ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη των εξόδων υγείας των ασφαλισμένων τους. Η Δημόσια Κατανάλωση περιλαμβάνει τα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Οι Δημόσιες Επενδύσεις είναι οι δαπάνες εκείνες που πραγματοποιούνται είτε από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων είτε από τον Προϋπολογισμό των Υπουργείων. Οι Ιδιωτικές Επενδύσεις αφορούν τις δαπάνες ιδιωτών για επενδύσεις στο τομέα της υγείας για τη δημιουργία οργανισμών κερδοσκοπικού χαρακτήρα. (Σούλης, 1999)

Πίνακας 3 – Συνολική Εθνική Δαπάνη



Πηγή: Σούλης, 1999

Δημόσιες και ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

Η ακριβής μέτρηση των δαπανών υγείας, όπως αναφέρθηκε, παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, κάτι το οποίο συμβαίνει εντονότερα και στην χώρα μας. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης προκειμένου να επιτύχει μια διεθνή συγκρισιμότητα των στοιχείων που αφορούν και τις δαπάνες υγείας ανέπτυξε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) (System of Health Accounts, SHA), από το οποίο αντλεί τα στοιχεία της και η Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή. Η χώρα μας αποτέλεσε το τελευταίο κράτος από τα 35 το οποίο έθεσε σε εφαρμογή το ΣΛΥ το 2010, ενώ είχε προταθεί από το 2000 και εφαρμόστηκε το 2003.

Η εξέλιξη και το ύψος των δαπανών υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν αλματώδη αύξηση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι συνολικές δαπάνες των κρατών – μελών του ΟΟΣΑ αντιπροσώπευαν το 5,7% του ΑΕΠ το 1972, το 7,2% το 1982, το 8,1% το

1992 και το 9% το 2019, πριν το ξέσπασμα της πανδημίας, η οποία τις αύξησε περαιτέρω. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των δαπανών υγείας προς το ΑΕΠ, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ήταν διαμορφωμένο στο 5,4%, χωρίς ωστόσο να συνυπολογίζεται το ποσοστό της παραοικονομίας, το οποίο σύμφωνα με εκτιμήσεις, διαμόρφωνε τις συνολικές δαπάνες στο 10% του ΑΕΠ. Αξίζει, ωστόσο να σημειωθεί ότι, παρά το υψηλό κόστος των δαπανών υγείας, δεν προκύπτει υψηλή συσχέτιση με τους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής. Παραδείγματος χάριν, οι ετήσιες δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ ανέρχονταν στο 15% για το 2005, ενώ η μέση δαπάνη στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. ήταν στο 9% του ΑΕΠ περίπου, ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής των Αμερικανών πολιτών ήταν χαμηλότερο από αυτό των Ευρωπαίων (Τούντας, 2008).

Η αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία ξεπερνούσε τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ, δημιουργεί την αναγκαιότητα μελέτης των αιτιών που την προκαλούν, ως προϋπόθεση για την επιλογή και επιβολή των κατάλληλων μέτρων για τον έλεγχό τους. Η αύξηση αυτή οφείλεται από τη μια μεριά στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και από την άλλη στη βελτίωση της αμοιβής των συντελεστών παραγωγής.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επέδρασαν αυξητικά στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση και των αντίστοιχων δαπανών, είναι οι εξής:

- Οι δημογραφικοί παράγοντες. Η αλλαγή στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού οφειλόμενη αφενός στη χαμηλή αναπαραγωγικότητα και αφετέρου στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, είχε ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη δημογραφική γήρανση, η οποία προκαλεί αύξηση των δαπανών υγείας.
- Οι επιδημιολογικοί παράγοντες. Το σύγχρονο επιδημιολογικό φάσμα διαφέρει από αυτό του πρώτου μισού του περασμένου αιώνα που χαρακτηριζόταν, κυρίως από λοιμώδη νοσήματα, καθώς έχουν κυριαρχήσει, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής, τα χρόνια νοσήματα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες, ψυχικές νόσοι) τα οποία δεν αντιμετωπίζονται το ίδιο εύκολα και απαιτούν αλλαγή του είδους και αύξηση του κόστους των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας.

- Οι οικονομικοί παράγοντες. Η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος σε συνδυασμό με τη διεύρυνση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.
- Οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες. Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου και η εγκατάλειψη των προκαταλήψεων, σε συνδυασμό με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, ώθησαν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού να στραφεί προς τη συμβατική ιατρική.
- Η διαθεσιμότητα και η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Η επέκταση και διεύρυνση του τομέα υγείας, με την αύξηση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, των, των φαρμάκων, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ιατρών αλλά και των λοιπών υγειονομικών ειδικοτήτων, αύξανε την προσφορά και κατ' επέκταση τη ζήτηση, ενώ παράλληλα η εισαγωγή νέων τεχνολογιών και φαρμάκων αύξησε περαιτέρω το κόστος. Ακόμη, η καλύτερη διανομή των υπηρεσιών και η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων βελτίωσαν την προσπελασιμότητα και αύξησαν σημαντικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.
- Η βελτίωση των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας. Δεδομένου ότι ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας και η εξέλιξη της τεχνολογίας δεν υποκαθιστά τον ανθρώπινο παράγοντα, παράλληλα με την εξίσωση των αμοιβών ανδρών και γυναικών, τη ραγδαία αύξηση της απασχόληση στο συγκεκριμένο τομέα και την πίεση που προήλθε από το συνδικαλιστικό κίνημα, όλα τα παραπάνω συντέλεσαν στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Παρενθετικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε σχέση με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, στην οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο μερίδιο για την αύξηση των δαπανών υγείας, υπάρχει και ο επιστημονικός αντίλογος, ο οποίος βασίζεται στα εξής: α) Η γήρανση του πληθυσμού δεν είναι απαραίτητο ότι προκαλεί την αύξηση των δαπανών, αλλά ότι οι αποτελεσματικότερες και ακριβότερες υπηρεσίες υγείας έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού, β) Οι περισσότερες εκ των δαπανών για την υγεία ξοδεύονται κατά βάση στα τελευταία χρόνια ζωής των ανθρώπων και επομένως, η αύξηση της μέσης ηλικίας θανάτου οδηγεί απλώς στη μετάθεση του ηλιακού σημείου αύξησης των δαπανών υγείας και όχι στην αύξησή τους, γ) Οι δαπάνες για την

αντιμετώπιση της ίδιας νόσου ή ασθένειας μειώνονται με την ηλικία, δεδομένου ότι ένας νέος θα δαπανήσει πολύ περισσότερα από όσο ένας ηλικιωμένος, οπότε η ίδια η γήρανση του πληθυσμού θα οδηγήσει επί της ουσίας σε μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία (Τούντας, 2008).

Τέλος, επίδραση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας ασκεί και η ιδιομορφία που χαρακτηρίζει την αγορά υπηρεσιών υγείας, η οποία εντάσσεται στις λεγόμενες «αγορές προμηθευτών» και στις οποίες η ζήτηση δεν διαμορφώνεται εν τέλει από τον καταναλωτή και επιπλέον, οι τιμές δεν καθορίζονται από αυτή. Αυτού του είδους οι αγορές έχουν την τάση να πιέζουν τις τιμές προς τα πάνω. Στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό σώμα είναι αυτό που κατά βάση καθορίζει την ποσότητα και τις τιμές, δημιουργώντας αυτό που ονομάζεται προκλητή ζήτηση και η οποία οδηγεί σε περιττή δαπάνη πόρων. Παράλληλα με το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, που αφορά το σκέλος της προσφοράς, έχει εντοπιστεί από τη διεθνή βιβλιογραφία το φαινόμενο της «ηθικής βλάβης» (moral hazard). Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο ασφαλισμένος δεν επιδεικνύει το ίδιο υπεύθυνη στάση ζωής όσο στις περιπτώσεις που δεν είναι ασφαλισμένος, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά του να δημιουργεί την ανάγκη για ακριβότερες εν τέλει υπηρεσίες υγείας, το κόστος των οποίων επιβαρύνουν το κράτος, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που ανήκει ή την ιδιωτική του ασφάλεια (Θεοδώρου και Συν, 2001).

Η ανοδική πορεία των δαπανών υγείας δημιούργησε χρηματοδοτικά ελλείμματα στα περισσότερα κράτη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μέχρι τα τέλη της, να περιοριστεί το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεντο για την υγεία. Ωστόσο, μια σειρά παράγοντες, μεταξύ των οποίων και οι χαμηλοί ρυθμοί οικονομικής μεγέθυνσης των επόμενων χρόνων, συντέλεσαν στην εκ νέου αύξηση των δαπανών υγείας, το οποίο από 8,02% του ΑΕΠ το 1998, ανήλθαν στο 8,6% για το 2002 και το 9% το 2004.

2.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού του πλαισίου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας αποτελεί το επίκεντρο του προβληματισμού λόγω της αναποτελεσματικότητά τους, δεδομένου του υψηλού κόστους που δαπανάται σε αυτά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα περισσότερα συστήματα υγείας να υποβάλλονται σε μια σειρά μεταρρυθμίσεις, τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να συγκρατηθεί το κόστος και να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους (Κυριόπουλος Γ., Σίσσουρας Α., 1997).

Τα συστήματα υγείας κάθε χώρας χρηματοδοτούνται ανάλογα τα ιστορικά, οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα και διέπονται από τις εξής αρχές: (Θεοδώρου και Συν, 2001)

- Αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας. Το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται στον τομέα της υγείας δεν πρέπει να ξεπερνά το όριο, πέραν του οποίου η όποια αύξηση δεν οδηγεί σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας. Η κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων υποσυστημάτων και προγραμμάτων υγείας να γίνεται με τρόπο που να προκαλεί μεγιστοποίηση του οφέλους, με το μικρότερο δυνατό κόστος.
- Αρχή της ισότητας της χρηματοδότησης. Το οικονομικό κόστος για την παροχή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να κατανέμεται ισότιμα στο σύνολο του πληθυσμού, σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη.

2.4 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Ο τρόπος που χρηματοδοτούνται τα συστήματα υγείας καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας και από αυτή την άποψη είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητά τους και για την ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού (Παπαδοπούλου, 2011). Η χρηματοδότηση δεν αφορά μόνο τις μεθόδους συγκέντρωσης οικονομικών πόρων για την κάλυψη των αναγκών για υπηρεσίες υγείας, αλλά και την κατανομή των υγειονομικών πόρων (Καστανιώτη, 2018).

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι 1) ο κρατικός προϋπολογισμός, 2) η κοινωνική ασφάλιση και 3) η ιδιωτική ασφάλιση.

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί τη βασική πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα συστήματα που βασίζονται στην κρατική χρηματοδότηση (Beveridge), ωστόσο συμβάλει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό και στις υπόλοιπες μορφές συστημάτων. Οι πόροι που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό προέρχονται από την άμεση και την έμμεση φορολογία. Η συμμετοχή της γενικής φορολογίας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε από τη δεκαετία του 1970, όταν η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας εκφράστηκε με τις πολιτικές των κλειστών νοσηλίων, τα οποία καθηλώθηκαν σε πολύ χαμηλές τιμές (Σουλιώτης, 2000). Ωστόσο, δεδομένου το ότι τα νοσήλια αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων, η συγκεκριμένη πολιτική οδήγησε σε αύξηση των ελλειμμάτων τους, τα οποία καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1991).

Τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου χρηματοδότησης είναι τα εξής (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007):

- Το κόστος του συστήματος είναι μικρότερο και οι πολιτικές ελέγχου έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, καθώς δίνει τη δυνατότητα σχεδιασμού σε κεντρικό επίπεδο, εν αντιθέσει με τα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, όπου υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- Από τη στιγμή που δεν απαιτείται η δημιουργία επιπρόσθετων μηχανισμών συλλογής των πόρων Υγείας, το διοικητικό κόστος είναι μικρό.
- Η προοδευτικότητα του φορολογικού συντελεστή, η κατανομή των φόρων δηλαδή βάσει εισοδήματος, καθιστά αυτή τη μέθοδο χρηματοδότησης πιο δίκαιη.

Από την άλλη, υπάρχουν σημαντικά μειονεκτήματα:

- Υπάρχει περιορισμένη ελευθερία των ασθενών ως προς την επιλογή του ιατρού, σε σύγκριση με τα ασφαλιστικά ταμεία, όπου συνήθως παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα επιλογής. Επιπρόσθετα, η γραφειοκρατία που

παρουσιάζεται στο δημόσιο τομέα δημιουργεί δυσκολίες στην πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών Υγείας.

- Η εξάρτηση της χρηματοδότησης από τα δημόσια έσοδα και την εκάστοτε δημοσιονομική πολιτική της χώρας, τη θέτει υπό τη μόνιμη απειλή περικοπών.
- Το γεγονός ότι οι ασθενείς δε γνωρίζουν τι πραγματικά πληρώνουν για την υγείας τους, μπορεί να οδηγήσει σε αλόγιστη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 4 – Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Κρατικού Προϋπολογισμού

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Πιο αποτελεσματικές πολιτικές ελέγχου των δαπανών	Ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών Υγείας
Μείωση διοικητικού κόστους, αφού δεν απαιτείται η δημιουργία μηχανισμών συλλογής πόρων	Συνεχής απειλή περικοπών
Κοινωνικά πιο δίκαιη	Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής.

Πηγή: Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007

Κοινωνική ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης στα συστήματα τύπου Bismark. Σε αυτό τον τρόπο, οι πόροι προέρχονται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών που καταβάλλονται στα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις χρηματοδοτούνται συμπληρωματικά με κρατικές επιχορηγήσεις. Τα συστήματα που ακολουθούν αυτό το μοντέλο χαρακτηρίζονται από τις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, καθότι οι ασφαλιστικές εισφορές των υψηλά αμειβόμενων επιδοτούν ουσιαστικά αυτές των χαμηλόμισθων και το σύνολο των ασφαλισμένων απολαμβάνει τις ίδιες υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από το ύψος της εισφοράς του.

Το συγκεκριμένο μοντέλο χρηματοδότησης εμφανίζει τα κάτωθι πλεονεκτήματα (Πρεζάκος Π., 1999):

- Ελευθερία των ασθενών για επιλογή ιατρού.
- Οι πόροι δεν μπορούν να κατευθυνθούν αλλού, καθώς είναι σταθεροί και συγκεκριμένοι.

- Οι ασθενείς έχουν γνώση του ποσού που καταβάλλουν μηνιαίως για υπηρεσίες Υγείας, επομένως τείνουν να περιορίζουν τη ζήτηση.

Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζονται είναι τα παρακάτω:

- Το διοικητικό κόστος του συστήματος είναι υψηλό καθώς περιλαμβάνει τις απαιτούμενες διαδικασίες για τη συλλογή των εισφορών και της χρηματοδότησης των προμηθευτών.
- Χαρακτηρίζεται από περιορισμένη προοδευτικότητα στις εισφορές που καταβάλλονται.

Πίνακας 5 – Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Κοινωνικής Ασφάλισης

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Οι ασθενείς έχουν ελευθερία επιλογής ιατρού	Το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται σημαντικά
Οι πόροι είναι σταθεροί	Η προοδευτικότητα των συστημάτων είναι περιορισμένη
Ο ασθενείς θεωρητικά περιορίζει τη ζήτηση	

Πηγή: Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007

Χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση – ιδιωτικές πληρωμές

Η χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών κυριάρχησε από τη δεκαετία του 1960 και έπειτα στο αμερικανικό μοντέλο, ενώ εμφανίστηκε και στα υπόλοιπα έχοντας συμπληρωματικό – επικουρικό ρόλο. Η άντληση των πόρων γίνεται είτε από τις άμεσες εισφορές των ίδιων των ατόμων, είτε από τις εισφορές των εργοδοτών τους (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Πάροχοι ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν τα ιδιωτικά ταμεία ασφάλισης, τα οποία δρουν ανταγωνιστικά στα πλαίσια της αγοράς, με επιδίωξη το κέρδος.

Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, ως βασικό πλεονέκτημα αυτού του σχήματος χρηματοδότησης εμφανίζεται ο περιορισμένος κρατικός παρεμβατισμός, η ελευθερία επιλογής ιατρού και η ποικιλία των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασφαλισμένους, καθώς και ο περιορισμός της ζήτησης υπηρεσιών Υγείας. Από την άλλη μεριά, είναι προφανές ότι η ελευθερία αυτή μιας μερίδας του πληθυσμού που δύναται να ασφαλιστεί ιδιωτικά, οδηγεί σε αδυναμία ασφαλιστικής κάλυψης άλλες

πληθυσμιακές ομάδες που αδυνατούν να την εξασφαλίσουν. Ένα επιπρόσθετο στοιχείο αποκλεισμού από το οποίο διέπεται η ιδιωτική ασφάλιση, αφορά τη διαφοροποίηση των ασφαλιστρών βάσει της επικινδυνότητας των ασφαλισμένων, που μπορεί να οδηγήσει άτομα υψηλού κινδύνου εκτός συστήματος (Σουλιώτης, 2000).

Πίνακας 6 – Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Περιορισμένος κρατικός παρεμβατισμός	Περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
Οι ασθενείς έχουν ελευθερία επιλογής ιατρού	Αδυναμία ισότιμης και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού
Ο ασθενής θεωρητικά περιορίζει τη ζήτηση	Αδυναμία ελέγχου των δαπανών

Πηγή: Καλογεροπούλου , Μουρδουκούτας , 2007

Οι ιδιωτικές (out of pocket) δαπάνες είναι «οι απευθείας πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες υγείας από το πρωτογενές εισόδημα ή τις αποταμιεύσεις των νοικοκυριών, που πραγματοποιούνται από τον χρήστη κατά τον χρόνο αγοράς των αγαθών ή χρήση των υπηρεσιών χωρίς αποζημίωση ή επιμερισμό του κόστους με οργανωμένο σύστημα» (European Commission, Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου, Συστήματα Υγείας). Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα βρίσκονται πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, παρά τις προσπάθειες μείωσής τους και ενώ το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης εξακολουθεί να υπολείπεται της Ε.Ε.-15. Το γεγονός αυτό κατατάσσει το ελληνικό σύστημα στα πιο «ιδιωτικοποιημένα» της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Petrelis M. , Domeyer P.R. , 2016). Αυτό το φαινόμενο σχετίζεται με το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τις δημόσιες υγειονομικές παροχές και την προσπάθεια των πολιτών να αναζητήσουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας (Σίσκου Ο., 2006). Ακόμη, σχετίζεται με παράγοντες όπως ο πολυκερματισμός και η υποανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων, η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η χαμηλή ποιότητα και η αναξιοπιστία των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, οι πολιτικές περιορισμού των τιμών των υπηρεσιών υγείας και η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων (Σουλιώτης Κ., 2000, Θεοδώρου Μ., 1996). Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι κράτη με αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας ενδεικτικά είναι Υεμένη (80,96% , 2019), Αφγανιστάν (79,3% , 2019), Νιγηρία (70,52%, 2019), Λιβύη (36,67%, 2019), Ελλάδα (35,18%, 2019), Λίβανος (33,54% , 2019), ενώ

ενδεικτικά, κράτη όπως η Φιλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Κούβα παρουσιάζουν ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας για το 2019 στο 17,45% , 17,07% και 10,59% αντίστοιχα, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας.

Μη εθνικοί πόροι

Μια ακόμη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι μη εθνικοί πόροι, όπως οι χρηματοδοτήσεις μέσω διακρατικών οργανισμών, όπως ο ΠΟΥ, η Ευρωπαϊκή Ένωση κ.α. (Σούλης, 1999). Ο συνδυασμός των παραπάνω τρόπων χρηματοδότησης διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ το 60% της δαπάνης υγείας προέρχεται από άμεσες πληρωμές και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές, σε αντίθεση με τον ευρωπαϊκό χώρο, όπου τα 3/4 των δαπανών υγείας προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση και τον κρατικό προϋπολογισμό (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Πίνακας 7 – Πηγές Χρηματοδότησης Υπηρεσιών Υγείας

<u>ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ</u>	<u>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</u>	<u>ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Γενική φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) • Ειδική φορολογία (φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων) 	<ul style="list-style-type: none"> • Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων • Εισφορές αυτοαπασχολούμενων • Ειδική εισφορά προσώπων και επιχειρήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Οικογενειακό εισόδημα • Ιδιωτική ασφάλιση υγείας • Εργοδοτικές παροχές • Δωρεές, φιλανθρωπίες 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια σε χρήμα, σε είδος και τεχνογνωσία από άλλες χώρες και διεθνείς οργανισμούς

Πηγή: Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001

Αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του τρόπου χρηματοδότησης

Ο τρόπος χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας επηρεάζεται από μια σειρά αιτιολογικούς παράγοντες που διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Οι κύριοι παράγοντες είναι (Σούλης , 1999):

- Η μορφή συστήματος υγείας και το μοντέλο του ασφαλιστικού συστήματος.
- Το επίπεδο της οικονομικής και ανάπτυξης και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.
- Ο τρόπος που διανέμεται το εθνικό εισόδημα.
- Οι διαθέσιμοι ανθρώπινοι πόροι.
- Η οργάνωση και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Ο βαθμός συνδικαλιστικής οργάνωσης και δραστηριότητας.
- Το επίπεδο της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας.
- Το πολιτισμικό και μορφωτικό επίπεδο και ο τρόπος που διαμορφώνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Τρόποι αμοιβής παραγωγών - προμηθευτών

Ο τρόπος αμοιβής των παραγωγών – προμηθευτών υπηρεσιών υγείας έχει επίδραση στη συμπεριφορά τόσο των ιδίων όσο και των χρηστών και επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την ισότητα με την οποία παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο τρόπος αμοιβής στον τομέα της Υγείας επιδρά πάνω σε βασικά μεγέθη, ποσοτικά και ποιοτικά, όπως ο όγκος, το κόστος και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η κατανομή των πόρων, καθώς και η ισότητα που διασφαλίζει το σύστημα προς το σύνολο των πολιτών (Θεοδώρου , Λιαρόπουλος , 1990).

Τρόποι αμοιβής ιατρών

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης - αμοιβής των ιατρών είναι οι εξής:

- Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η οποία προβλέπει κατά βάση δύο επιμέρους τρόπους αποζημίωσης α) Την αποζημίωση με τιμές αγοράς και β) Την αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές.
- Αμοιβή με πάγιο μισθό (salary).

- Αμοιβή κατά κεφαλή (capitation payments – per capita).

Πολλές χώρες, λόγω των αρνητικών συνεπειών της εφαρμογής των παραπάνω μεθόδων αποζημίωσης στην καθαρή τους μορφή, έχουν υιοθετήσει εναλλακτικά πρότυπα χρηματοδότησης. Τα επικρατέστερα και αντιπροσωπευτικότερα είναι:

- Οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations - HMO's)
- Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Reseaux de Soins Coordonnes – R.S.C's)

Τρόποι χρηματοδότησης νοσοκομειακής περίθαλψης

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται δύο κύρια χρηματοδοτικά συστήματα, εκ των οποίων το πρώτο στηρίζεται στην απολογιστική αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών μονάδων (retrospective) και το δεύτερο στην εκ των προτέρων αποζημίωση (propective).

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης - πληρωμής των νοσοκομείων μπορούν να χωριστούν άτυπα σε κλασικές και σε σύγχρονες.

Κλασικές μεθόδους πληρωμής αποτελούν το ημερήσιο νοσήλιο (κλειστό, ευλύγιστο – σπαστό και ανοικτό), καθώς και η πληρωμή κατά πράξη.

Το ημερήσιο νοσήλιο περιλαμβάνει το κόστος των υπηρεσιών (ιατρικών, νοσηλευτικών, φαρμακευτικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών και ξενοδοχειακών) που παρέχονται στον ασθενή από το νοσοκομείο για κάθε ημέρα νοσηλείας, το οποίο είτε επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή, είτε τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκει. Το ημερήσιο νοσήλιο διακρίνεται σε τρία διαφορετικά είδη, ανάλογα με τον τρόπο που υπολογίζεται:

- Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο. Αποτελεί πάγιο ποσό το οποίο μένει ανεπηρέαστο ανεξάρτητα από το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα προσφερθούν στον ασθενή. Περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες και τα υλικά που χρησιμοποιούνται από το νοσοκομείο για τη φροντίδα του ασθενή.

- Ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο. Αποτελεί επίσης ένα πάγιο ποσό, όπως το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, το ύψος του οποίου, ωστόσο, διαφέρει ανά ιατρική ειδικότητα.
- Ανοικτό νοσήλιο. Αποτελείται από ένα σταθερό μέρος το οποίο καταβάλλεται για κάθε μέρα νοσηλείας και αφορά τις διοικητικές και ξενοδοχειακές δαπάνες του νοσοκομείου και ένα μέρος το οποίο εξαρτάται από το είδος και το πλήθος των υπηρεσιών (ιατρικές πράξεις, διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις κλπ.) που θα προσφερθούν στον ασθενή ανάλογα με την περίπτωση.

Το ημερήσιο νοσήλιο είναι τρόπος πληρωμής που εφαρμόζεται κατά βάση στα δημόσια νοσοκομεία. Από την άλλη μεριά, οι ιδιωτικές κλινικές βασίζονται στην κατά πράξη αποζημίωση, εφαρμόζοντας παράλληλα ένα είδος κλειστού νοσηλίου για το κομμάτι που αφορά τις ξενοδοχειακές τους υπηρεσίες.

Η πληρωμή κατά πράξη εφαρμόζεται κυρίως στις ιδιωτικές κλινικές. Στο σύστημα αυτό πραγματοποιείται ανά περίπτωση μια λογιστική καταγραφή, με κοστολόγηση της κάθε ξεχωριστής ιατρο-νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Οι παραπάνω τρόποι χρηματοδότησης δεν κατέστησαν δυνατή τη συγκράτηση του νοσοκομειακού κόστους. Ιδίως ο μηχανισμός χρηματοδότησης με ημερήσιο νοσήλιο έχει θεωρηθεί ότι:

- Δεν επιτρέπει τον ακριβή έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να απαιτούνται συχνά συμπληρωματικοί προϋπολογισμοί.
- Λόγω της ταύτισής του με τις ημέρες νοσηλείας, θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς το βάρος μετατοπίζεται στην παραμονή του ασθενούς εντός του νοσοκομείου παρά στην παροχή ιατρικής φροντίδας, πράγμα το οποίο συμβαίνει και λόγω της αύξηση των εσόδων του νοσοκομείου με την αύξηση των ημερών νοσηλείας του ασθενούς.

- Δημιουργεί την ανάγκη ισοσκελισμού των ελλειμμάτων που προκύπτουν στα νοσοκομεία, κάλυψη η οποία έχει πληθωριστικό χαρακτήρα (Κοντούλη, Γείτονα , 1992).

Ακόμη, η πληρωμή κατά πράξη, λόγω της χρήσης της από κερδοσκοπικούς οργανισμούς που επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση των κερδών τους, οδηγεί στην αύξηση του όγκου των προσφερόμενων υπηρεσιών, πολύ πάνω από ό,τι απαιτείται για την επίτευξη των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Τα προαναφερόμενα μειονεκτήματα είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων εναλλακτικών προτύπων χρηματοδότησης όπως:

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

Σφαιρικός Προϋπολογισμός (Global Budget)

Το εν λόγω σύστημα χρηματοδότησης στηρίζεται στην πρόβλεψη και στην οικονομική διαχείριση του συνόλου της επιχορήγησης που θα λάβει το νοσοκομείο από το κράτος ή την ασφάλιση (Σουλιώτης , 2000).

Η φιλοσοφία που διέπει αυτό το μοντέλο αφορά στην επιδίωξη των εξής στόχων (Flynn R. , Williams G. , Pickard S., 1997):

A) Έλεγχος των δαπανών του νοσοκομείου.

B) Συγκράτηση των δαπανών στα πλαίσια του ρυθμού ανάπτυξης των εθνικών οικονομιών.

Γ) βελτίωση της παραγωγικότητας και της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών.

Το νοσοκομείο καταρτίζει τον ετήσιο συνολικό προϋπολογισμό του λαμβάνοντας υπ' όψιν (Σούλης , 2000):

- Τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους.
- Τις αυξήσεις των τιμών των αγαθών και των εισοδημάτων.
- Τις ανάγκες του νοσοκομείου.

Η στόχευση του σφαιρικού προϋπολογισμού είναι ο ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής δραστηριότητας και η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς της, βάσει των διαθέσιμων πόρων του νοσοκομείου. Ακόμη, η κατάρτισή του προϋποθέτει τη συμμετοχή και τη συνεργασία των υπευθύνων των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου, με σκοπό την ακριβή καταγραφή των αναγκών και των δυνατοτήτων του, αλλά και την ανάπτυξη της συνυπευθυνότητας και την αποφυγή κατάτμησης της οργανωτικής δομής (Σουλιώτης , 2000) (Σούλης , 1999).

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός δε δύναται να αναθεωρηθεί εντός του έτους και αποτελεί προϊόν διαπραγμάτευσης και συμφωνίας μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου, των ασφαλιστικών ταμείων και της κεντρικής διοίκησης.

Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRG's)

Το σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών – DRGs είναι ένα «εργαλείο» ταξινόμησης και ομαδοποίησης των περιπτώσεων των νοσοκομειακών ασθενών, σύμφωνα με κριτήρια όπως η αρχική διάγνωση, η βαρύτητα της ασθένειας, το φύλο, η ηλικία, η δεύτερη διάγνωση, οι δευτερεύουσες ασθένειες, οι χειρουργικές επεμβάσεις και η νοσηλευτική κατάσταση. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ο ασθενής κατατάσσεται σε κάποια προσδιορισμένη και προ-κοστολογημένη διάγνωση και με αυτό τον τρόπο ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενούς γνωρίζει εκ των προτέρων το ποσό που οφείλει να καταβάλλει στο νοσοκομείο.

Δεδομένης της προ-κοστολόγησης βάσει της διαγνωστικής κατηγορίας που ανήκει ο ασθενής, δεν υπάρχει δυνατότητα επιπρόσθετης αμοιβής για τις περιπτώσεις που η θεραπεία κοστίζει περισσότερο, ούτε στις περιπτώσεις που κοστίζει λιγότερο από το αναμενόμενο. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους, καθώς η αμοιβή του νοσοκομείου παύει να συνδέεται με τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς και εξαρτάται πλέον από το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Παρόλα αυτά, ως μειονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου χρηματοδότησης, αποτελούν αφενός η πιθανή κατάταξη των ασθενών σε ακριβότερες διαγνωστικές κατηγορίες από αυτές που πραγματικά ανήκουν ώστε να υπερκοστολογηθούν και αφετέρου η γρηγορότερη από το απαραίτητο διάστημα ανάρρωσης έξοδος των νοσηλευομένων από το νοσοκομείο, που μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την υγεία του ασθενούς αλλά και αιτία επανεισαγωγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ – ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι η συγκριτική ανάλυση του κόστους – αποτελεσματικότητας των ιατρικών μέτρων, προγραμμάτων και πολιτικών υγείας (Drummond, et al. , 2002). Η αναγκαιότητα αξιοποίησης αυτής της τεχνικής αξιολόγησης, η οποία αναπτύχθηκε στα πλαίσια της Δημόσια Οικονομικής μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, απορρέει από την αύξηση των δημοσίων δαπανών, από τότε και έπειτα, που οδήγησαν σε διόγκωση του δημόσιου χρέους των δυτικών κοινωνιών. Ως εκ τούτου, η ανάλυση των δημοσίων δαπανών αποσκοπεί:

- Στον προσδιορισμό του βέλτιστου δυνατού ύψους των δημοσίων δαπανών ενός κράτους, για την υλοποίηση συγκεκριμένων επενδυτικών σχεδίων.
- Στη βέλτιστη δυνατή κατανομή των δημοσίων πόρων μεταξύ των διαφόρων δραστηριοτήτων του κράτους
- Στην επίτευξη των καθορισμένων στόχων με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ένα μεθοδολογικό εργαλείο που αναπτύχθηκε από τους οικονομολόγους, το οποίο βοηθά στη βέλτιστη επιλογή για το τι πρέπει να συμβεί, έχοντας υπόψη τη σχέση κόστους – οφέλους. Στον τομέα της υγείας, η οικονομική αξιολόγηση δεν πρέπει να συγχέει την οικονομική αποτελεσματικότητα με την ιατρική αποτελεσματικότητα. Η σύγκριση μεταξύ των εναλλακτικών ιατρικών επιλογών και πρακτικών θα πρέπει να γίνεται με βάση επιστημονικά στοιχεία, τα οποία θα αποτυπώνουν το κόστος αυτών και να προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ εναλλακτικών πράξεων με το ίδιο υγειονομικό αποτέλεσμα (Κυριόπουλος , Νιάκας , 1994).

Η πρακτική εφαρμογή της οικονομικής αξιολόγησης γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

1. Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας (cost – effectiveness analysis)

Στην ανάλυση αυτή το κόστος μετράται σε χρηματικές μονάδες, δηλαδή με οικονομικούς όρους και τα αποτελέσματα μετρώνται σε φυσικές μονάδες. Η

αποτελεσματικότητα είναι εκφρασμένη στη σχέση «κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος».

Σύμφωνα με τον Robinson (1993) η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι μια μορφή οικονομικής αξιολόγησης, κατά την οποία, τα κόστη των εναλλακτικών διαδικασιών ή προγραμμάτων συγκρίνονται βάσει αποτελεσμάτων εκφρασμένα σε φυσικές μονάδες, όπως για παράδειγμα κόστος ανά έτη διαβίωσης που εξασφαλίστηκαν, κόστος ανά περίπτωση που ανάρρωσε, κτλ. (Robinson, 1993)

Η μέθοδος αυτή είναι συχνά χρησιμοποιούμενη στην ιατρική επιστήμη, καθώς αποτιμά το αποτέλεσμα μιας ιατρικής πρακτικής σε σχέση με τους πόρους που απαιτήθηκαν για την εφαρμογή της. Ο δείκτης που μετρά αυτή τη σχέση είναι ο δείκτης αποδοτικότητας (Cost – Effect Ratio) και εκφράζεται ως κόστος σε χρηματικές μονάδες ανά μονάδα αποτελέσματος σε φυσικές μονάδες:

$$CER = \frac{cost}{effect}$$

Ως πλεονέκτημα της συγκεκριμένης ανάλυσης μπορεί να θεωρηθεί η δυνατότητα αξιολόγησης διαφορετικών προγραμμάτων με διαφορετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, βασικό της μειονέκτημα είναι ότι σε περιπτώσεις, για παράδειγμα, που η μέτρηση των αποτελεσμάτων γίνεται σε φυσικές μονάδες διάρκειας ζωής, προκύπτει ότι ένα έτος ζωής για δέκα ανθρώπους ισοδυναμεί με δέκα χρόνια ζωής για έναν άνθρωπο. Επίσης, η μέθοδος αυτή δε λαμβάνει υπόψη την υποκειμενική αξιολόγηση των ετών ζωής που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο.

2. Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost – minimization analysis)

Η ανάλυση αυτή αξιοποιείται όταν σκοπός της μελέτης είναι η αποτίμηση του κόστους μιας κλινικής πρακτικής, σε σύγκριση με κάποια άλλη εναλλακτική, η οποία αποφέρει το ίδιο ή παρόμοιο αποτέλεσμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, εφόσον τα κλινικά αποτελέσματα είναι κοινά, επιλέγεται η πρακτική με το μικρότερο κόστος. Τα αποτελέσματα και αυτής της ανάλυσης μετρώνται σε χρηματικές μονάδες που δαπανήθηκαν.

Κύριο πλεονέκτημα της ανάλυσης ελαχιστοποίησης κόστους αποτελεί η απλότητά της, καθώς μεταξύ δύο εναλλακτικών, επιλέγεται αυτή με το μικρότερο

κόστος. Ως μειονέκτημα αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι σπανίως δύο διαφορετικές ιατρικές πρακτικές έχουν ισοδύναμα αποτελέσματα ούτως ώστε να μπορούν να συγκριθούν, και ως εκ τούτου, πολλές φορές η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη.

3. Ανάλυση κόστους – οφέλους (cost – benefit analysis)

Αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο οικονομικής αξιολόγησης, με εφαρμογή σε όλο το φάσμα της οικονομικής ζωής. Στις υπηρεσίες υγείας αξιολογείται το εάν κοινωνικό όφελος μια ιατρικής παρέμβασης είναι μεγαλύτερο από κόστος της ίδιας της παρέμβασης. Τα κόστη και τα αποτελέσματα στην εν λόγω ανάλυση αποτιμούνται σε χρηματικές μονάδες, προκειμένου να είναι συγκρίσιμα με το κόστος και τα αποτελέσματα άλλων εναλλακτικών παρεμβάσεων, ούτως ώστε να επιλέγεται αυτή με το μεγαλύτερο όφελος. Το σημαντικότερο μειονέκτημα της ανάλυσης κόστους – οφέλους συνιστά η αδυναμία ακριβούς χρηματικής αξιολόγησης των κοινωνικών ωφελειών από τις διάφορες εναλλακτικές και αυτός είναι ένας λόγος που έχει κριθεί αρνητικά ως μέθοδος αξιολόγησης.

4. Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας (cost – utility analysis)

Η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας θεωρείται η καλύτερη μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης στο τομέα της Υγείας (Robinson R. , 1993). Με την ανάλυση αυτή γίνεται σύγκριση του κόστους διαφορετικών ιατρικών παρεμβάσεων σε χρηματικές μονάδες, τα αποτελέσματα των οποίων αποτιμώνται σε μονάδες χρησιμότητας. Η πιο συνηθισμένη μονάδα αποτίμησης των αποτελεσμάτων είναι τα QALYs (ποσοτικά προσαρμοσμένη ζωή σε έτη – quality adjusted life year). Το κύριο στοιχείο αυτής της ανάλυσης αποτελεί η έννοια της χρησιμότητας και της ποιότητας ζωής. Παρότι η έννοια της χρησιμότητας εμπεριέχει το στοιχείο της υποκειμενικότητας, ωστόσο τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που αξιολογούνται από τον ωφελούμενο ταξινομούνται σε διεθνές επίπεδο ώστε «να αποτελέσουν μια κοινή μεθοδολογική προσέγγιση για τους οικονομολόγους της υγείας και τους υγειονομικούς προγραμματιστές» (Σούλης , 1999). Η εν λόγω ανάλυση παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με την ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας, ωστόσο διαφέρει από αυτή, λόγω της συνεκτίμησης των ποιοτικών χαρακτηριστικών του αποτελέσματος. Η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας είναι ιδιαιτέρως σημαντική σε

περιπτώσεις διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο πρέπει να κατανεμηθούν οι υγειονομικοί πόροι (Σούλης , 1999).

3.2 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων και σύνθετων διαδικασιών και συνάρτηση πολλών παραγόντων. Διακρίνεται αρχικά σε υπηρεσίες που παρέχονται εκτός νοσοκομείου (εξωνοσοκομειακές) και σε αυτές που παρέχονται εντός του νοσοκομείου.

Η νοσοκομειακή παραγωγή αποτελεί ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης, καθώς κινητοποιεί πολύ μεγάλους υλικούς και ανθρώπινους πόρους και αποτελεί πεδίο εφαρμογής νέων τεχνολογιών και περαιτέρω προόδου της ιατρικής επιστήμης. Το ενδιαφέρον για την ανάλυση των οικονομικών και επιχειρησιακών λειτουργιών των νοσοκομείων, από πλευράς των αρμοδίων αρχών κάθε χώρας, προκύπτει από το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος τομέας απορροφά το ήμισυ και πλέον των δαπανών για την υγεία.

Η οικονομική διαχείριση των οργανισμών είτε αυτές αποτελούν κερδοσκοπικές επιχειρήσεις, είτε πρόκειται για μη κερδοσκοπικές, στοχεύει στην αποφυγή οικονομικών ζημιών, μέσω του ελέγχου των εξόδων τους. Η λειτουργία ενός νοσοκομείου καθορίζεται από τον προϋπολογισμό του, στον οποίο αποτυπώνεται η πολιτική της διοικητικής αρχής και οι στόχοι του για το επόμενο έτος. Ο προϋπολογισμός αποτελεί την οικονομική αξιολόγηση του σχεδίου δράσης για την επόμενη χρονιά, που καθορίζει τον τρόπο που θα κατανεμηθούν οι πόροι, ώστε να επιτευχθούν οι προκαθορισμένοι στόχοι του νοσοκομείου.

Τα κέντρα ευθύνης

Όλες οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί χωρίζονται σε διαφορετικά κέντρα ευθύνης, τα οποία αποτελούν το επίπεδο όπου σχεδιάζονται και υλοποιούνται τα επιμέρους μέρη του προϋπολογισμού, μέσω της αξιοποίησης των απαραίτητων πόρων με τη χρήση των κατάλληλων μέσων και διαδικασιών. Το κάθε κέντρο ευθύνης αποτελείται από μια ομάδα ατόμων του οργανισμού με επικεφαλής ένα διευθυντή ή προϊστάμενο. Στους μεγάλους οργανισμούς υπάρχει ιεραρχική διαβάθμιση των κέντρων ευθύνης και πολλές φορές το καθένα συναποτελείται από άλλα υποδεέστερα κέντρα. Βασικό καθήκον της κεντρικής διοίκησης των οργανισμών αποτελεί ο

έλεγχος και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των κέντρων ευθύνης (Anthony and Young, 1984). Τα κύρια κέντρα ευθύνης των νοσοκομείων είναι τα εξής:

- Κέντρα κόστους ή εξόδων (Cost Centers): Δε σχετίζονται άμεσα με την εξυπηρέτηση των ασθενών, επομένως έχουν μόνο έξοδα (διοίκηση – διεύθυνση του νοσοκομείου, έρευνα, μαγειρεία, ιματισμός κ.α.).
- Κέντρα εσόδων (Revenue Centers): Εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς του νοσοκομείου και αποτελούν πηγές εσόδων (χειρουργεία, εξεταστήρια, εργαστήρια κ.α.)
- Κέντρα κέρδους (Profit Centers): Παράγουν κέρδος εισπράττοντας και πληρώνοντας (λογιστήριο, ταμείο εξωτερικών ιατρικών κ.α.)
- Κέντρα επένδυσης (Investment Centers): Έχουν ευθύνη για τα κόστη, τα έσοδα και την παραγωγή κέρδους, καθώς και για τη διαχείριση των επενδύσεων και των περιουσιακών στοιχείων του νοσοκομείου (Τούντας, 2008 , από Eldenburg et al. , 1999)

Κάθε νοσοκομείο χωρίζεται σε κέντρα εξόδων και σε κέντρα εσόδων, προκειμένου να υπάρχει οικονομική παρακολούθηση της κάθε «παραγωγικής μονάδας» ξεχωριστά. Κάθε κέντρο κόστους πρέπει να συντάσσει τμηματικό προϋπολογισμό.

3.3 ΚΟΣΤΟΣ

Στα κέντρα κόστους του νοσοκομείου πραγματοποιείται η διαδικασία της κοστολόγησης (cost accounting). Αυτή η διαδικασία κατανέμει τα διάφορα κόστη στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παράγονται (Τούντας , 2008). Με την έννοια του κόστους εκφράζεται το σύνολο των χρηματικών ροών που καταλήγουν από τους χρήστες στους παραγωγούς των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Η κατανομή και ο υπολογισμός του κόστους σε ορισμένες περιπτώσεις είναι σχετικά εύκολη και ακριβής διαδικασία, όπως για παράδειγμα με τις αγορές υλικών ή τον υπολογισμό του εργατικού κόστους. Άλλες φορές, ορισμένα προϊόντα και υπηρεσίες δεν είναι εφικτό να υπολογιστούν επακριβώς και για αυτό το λόγο, υπολογίζονται με εκτιμήσεις, που μπορεί να μην είναι ακριβείς (Τούντας , 2008).

Ως νοσοκομειακό κόστος ορίζεται το σύνολο των δαπανών, των εξόδων δηλαδή που προορίζονται για την προσφορά υπηρεσιών υγείας από το νοσοκομείο.

Οι δαπάνες αυτές αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό, τον εξοπλισμό, το κεφαλαιουχικό κόστος, τα αναλώσιμα και το κόστος των υποστηρικτικών λειτουργιών. Το νοσοκομείο ως παραγωγική μονάδα χρησιμοποιεί εισροές για την παραγωγή των υπηρεσιών που παρέχει και επομένως, οι παραπάνω πόροι αποτελούν τις εισροές του (Γούλα, 2007).

Τα επιμέρους κόστη του νοσοκομείου μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

Άμεσο Κόστος (Direct Cost) – Έμμεσο Κόστος (Indirect Cost)

Τα άμεσα κόστη σχετίζονται άμεσα με την τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται και περιλαμβάνει τις δαπάνες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την έρευνα, την εκπαίδευση. Επίσης, περιλαμβάνει τις δαπάνες για τις αμοιβές του προσωπικού, τα κόστη της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, των εξετάσεων, των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού.

Τα έμμεσα κόστη αφορούν τις δαπάνες του νοσοκομείου που επιμερίζονται σε διάφορα προγράμματα, κυρίως υποστηρικτικά της βασικής και συμπληρωματικής φροντίδας, τα οποία συχνά δεν καταγράφονται άμεσα και συνήθως αναφέρονται ως γενικά έξοδα.

Σταθερό (Fixed) – Μεταβλητό (Variable) – Ημιμεταβλητό (Semi-Variable) Κόστος

Η διάκριση αυτή γίνεται ανάλογα με τη διακύμανση που προκαλεί το επίπεδο δραστηριότητας.

Το σταθερό κόστος (fixed cost) αφορά όλες εκείνες τις δαπάνες που παραμένουν σταθερές βραχυπρόθεσμα, ανεξάρτητα από τον αριθμό των νοσηλευομένων, την κάλυψη των κλινών, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και αφορά δαπάνες όπως για παράδειγμα τα ενοίκια, τις αμοιβές του προσωπικού, τις αποσβέσεις, τα έξοδα συντήρησης κ.α.

Το μεταβλητό κόστος (variable cost), από την άλλη μεριά, κυμαίνεται ανάλογα με τις αλλαγές των δεικτών ή των μεγεθών του νοσοκομείου. Εξαρτάται άμεσα από την ποσότητα της δραστηριότητάς του και αυξάνεται ανάλογα με τις εκροές (αριθμός νοσηλευομένων, αριθμός εξετάσεων, διάρκεια νοσηλείας κ.α.).

Το ημιμεταβλητό κόστος (semi – variable cost) περιλαμβάνει σταθερά και μεταβλητά στοιχεία και αναλύεται σε αυτά (Τούντας, 2008).

Θα πρέπει να τονισθεί, ωστόσο, ότι μακροπρόθεσμα όλα τα κόστη θεωρούνται μεταβλητά.

Το νοσοκομειακό κόστος αποτελεί το σύνολο των δαπανών του νοσοκομείου για την προσφορά υπηρεσιών υγείας και νοσοκομειακής φροντίδας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω και επομένως, ισούται με το άθροισμα του σταθερού και του μεταβλητού κόστους και εκφράζεται με την εξίσωση $TC = FC + VC$.

Μέσο Κόστος (Average Cost) και Οριακό Κόστος (Marginal Cost)

Το Μέσο Κόστος προσδιορίζει το κόστος ανά ασθενή και προκύπτει από το λόγο του συνολικού κόστους προς τον αριθμό των ασθενών:

$$\text{Μέσο Κόστος} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος}}{\text{Αριθμός Ασθενών}}$$

Το Οριακό Κόστος (MC) εκφράζει τη μεταβολή του νοσοκομειακού κόστους από τη μεταβολή κατά μία μονάδα του αριθμού των ασθενών (Shiell et al. 2002) και προκύπτει από το λόγο της μεταβολής του συνολικού νοσοκομειακού κόστους (TC) προς τη μεταβολή του αριθμού των ασθενών (Q):

$$MC = \frac{\Delta TC}{\Delta Q}$$

Καθώς το νοσοκομειακό κόστος δεν παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, η αξιοποίηση του μέσου και οριακού κόστους είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού προσδιορίζονται οι μεταβολές του κόστους σε σχέση με την παραγωγική δραστηριότητα του νοσοκομείου. Με τις καμπύλες του μέσου και του οριακού κόστους μπορεί να προσδιοριστεί το άριστο μέγεθος των οικονομικών μονάδων, όπως ο αριθμός των κλινών του νοσοκομείου ή ο αριθμός των εξετάσεων των διαγνωστικών μηχανημάτων (Τούντας, 2008).

Άλλοι δείκτες κόστους

Άλλοι δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι ενδεικτικά:

- Το μέσο ημερήσιο κόστος, το οποίο ισούται με το συνολικό κόστος μιας χρονικής περιόδου προς τις ημέρες νοσηλείας και μπορεί να υπολογιστεί για το σύνολο των ασθενών, ανά ειδική κατηγορία ασθενών, ανά κλινική ή ακόμη και ανά ασθενή ειδικής κατηγορίας ή κλινικής.
- Το κόστος ανά κλίνη, το οποίο προκύπτει από το λόγο του συνολικού κόστους προς τον αριθμό των κλινών

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το νοσοκομειακό κόστος, γενικά, επηρεάζεται από παράγοντες όπως:

- Ο αριθμός των κλινών του νοσοκομείου, καθώς όσο περισσότερες είναι οι κλίνες τόσο αυξάνονται τα λειτουργικά κόστη.
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας, αφού όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια νοσηλείας τόσο περισσότερα είναι τα έξοδα του νοσοκομείου.
- Το ποσοστό κάλυψης των κλινών.
- Η γεωγραφική θέση του νοσοκομείου.
- Το είδος του νοσοκομείου (μεγαλύτερο κόστος για ειδικά νοσοκομεία, όπως τα ογκολογικά, δεδομένου του εξοπλισμού και του φαρμακευτικού υλικού που πρέπει να διαθέτουν).
- Η νομική μορφή (Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ)

3.4 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ (costing system)

Η μελέτη της κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη δεδομένου ότι η παραγωγή αυτών των υπηρεσιών προϋποθέτει τη δαπάνη κοινωνικών πόρων, οι οποίοι βαραίνουν όλο το κοινωνικό σύνολο, καθώς ως επί το πλείστον, παρέχονται δωρεάν. Η παραπάνω συνθήκη δημιουργεί την ανάγκη μείωσης του κόστους, με παράλληλη τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Βαρβάκης, 2003). Ταυτόχρονα, στις ιδιωτικά προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ο προσδιορισμός του κόστους κρίνεται εξίσου αναγκαίος, καθώς αποσκοπεί στον έλεγχο του και την ορθή τιμολόγηση των εν λόγω υπηρεσιών, για την αντιμετώπιση

του ανταγωνισμού και την αποδοτικότερη λειτουργία του οργανισμού (Πολύζος, 2007).

Σύμφωνα με τη λογιστική και κοστολογική βιβλιογραφία, καθώς και το Π.Δ. 146, το Κόστος είναι *«η διάθεση ή επένδυση αγοραστικής δύναμης για την απόκτηση υλικών ή άυλων αγαθών και υπηρεσιών, με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους για την πραγματοποίηση εσόδων (και κατ' επέκταση κέρδους) από πωλήσεις (ιδιωτική επιχείρηση) ή την κάλυψη κοινωνικών αναγκών (δημόσιος οργανισμός).»* (Πολύζος , 2007).

Η κοστολόγηση αποτελεί το σύνολο των συστηματικών εργασιών που έχουν ως σκοπό τη συγκέντρωση, την κατάταξη, την καταγραφή και τον επιμερισμό των δαπανών, για τον προσδιορισμό του κόστους παραγωγής των προϊόντων ή/ και της παραγωγικής διαδικασίας που λαμβάνουν χώρα εντός μίας επιχείρησης. Είναι ένα σύστημα συλλογής πληροφοριών των στοιχείων της παραγωγικής διαδικασίας, που βοηθά στη διαμόρφωση του κόστους παραγωγής των προϊόντων της επιχείρησης. Όσο πιο λεπτομερειακό και εκτεταμένο είναι το σύστημα αυτό, τόσο καλύτερη θα είναι η γνώση του τρόπου που διαμορφώνεται το κόστος παραγωγής, καθώς και η γνώση της σύστασής του. Αποτελεί ένα διοικητικό εργαλείο το οποίο ενσωματώνει τις πληροφορίες του λογιστικού συστήματος της χρηματοοικονομικής λογιστικής της επιχείρησης, προκειμένου η διοίκηση του οργανισμού να λαμβάνει την απαραίτητη πληροφόρηση αναφορικά με το κόστος για τον αποτελεσματικότερο προγραμματισμό της λειτουργίας του και την ελαχιστοποίηση του κόστους παραγωγής. (Χρυσοχοϊδης 2000 , Βενιέρης , 1996). Ο ορθός υπολογισμός του κόστους συμβάλει στην επίλυση ζητημάτων που απασχολούν τις διευθύνσεις μιας επιχείρησης, όπως το κατά πόσο είναι συμφέρουσα η μείωση του ανθρωπίνου δυναμικού μέσω της εισαγωγής μηχανημάτων, εάν οι τιμές των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών είναι στο επιθυμητό επίπεδο, εάν κρίνεται συμφέρουσα η ανακύκλωση των υποπροϊόντων της παραγωγής για την αξιοποίησή τους στην παραγωγή άλλων προϊόντων (Βενιέρης, 1996). Η κοστολόγηση δεν απαντά μόνο στο ερώτημα «πόσο κοστίζει ένα προϊόν» αλλά και στο «πόσο θα έπρεπε να είχε κοστίσει το προϊόν».

Η κάθε επιχείρηση προκειμένου να διαθέτει ένα αποδοτικό σύστημα κοστολόγησης θα πρέπει:

- Να μπορεί να προσαρμόζεται στις συχνές και απρόσμενες αλλαγές που συντελούνται τόσο στο σύστημα κοστολόγησης, όσο και στην οργάνωση της επιχείρησης.
- Να πραγματοποιεί συστηματικό και λεπτομερή έλεγχο των χαρακτηριστικών της και των τμημάτων που προστίθενται στο σύστημα κοστολόγησης.
- Να παρέχει επαρκή και ουσιαστική πληροφόρηση στα στελέχη της επιχείρησης.
- Να διασφαλίζει την υγιή συνεργασία των μελών που χειρίζονται το σύστημα κοστολόγησης και αυτών που παρέχουν τα πρωτογενή στοιχεία για τη λειτουργία του.
- Να εξασφαλίζει την ακρίβεια των πρωτογενών στοιχείων κοστολόγησης, τα οποία θα πρέπει να είναι επιβεβαιωμένα από τους επικεφαλής των τμημάτων από τα οποία προέρχονται (Βενιέρης , 1996).

Γενικές Αρχές Κοστολόγησης

Κάθε σύστημα κοστολόγησης θα πρέπει να διέπεται από τις κάτωθι γενικές αρχές:

- 1) Ύπαρξη συσχέτισης του κόστους με τις αιτίες που το δημιουργούν.
- 2) Ο καταλογισμός μιας δαπάνης θα πρέπει να συντελείται μόνο όταν αυτή έχει συμβεί.
- 3) Όλα τα κόστη όσο μικρά και αν είναι, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν.
- 4) Τα έκτακτα κόστη ή τα μη κανονικά κόστη δε θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται, καθώς δε σχετίζονται με την ομαλή λειτουργία της επιχείρησης και αλλοιώνουν την πληροφόρηση.
- 5) Κάθε παρελθοντικό κόστος δε θα πρέπει να επιβαρύνει ποτέ μια μελλοντική περίοδο, καθόσον η επιχείρηση δεν ωφελείται πλέον από την πραγματοποίησή του. Στις περιπτώσεις, ωστόσο, που η ωφέλεια πραγματοποίησής του μπορεί να εμφανισθεί στο μέλλον, τότε το κόστος αυτό δε λογίζεται ως παρελθοντικό και ως εκ τούτου, καταλογίζεται στην περίοδο κατά την οποία παρουσιάζεται το όφελος για την επιχείρηση (Βενιέρης , 1996).

Μέθοδοι και τεχνικές κοστολόγησης

Ως αναπόσπαστο μέρος της Αναλυτικής Λογιστικής, το οποίο συμπληρώνει τη Γενική Λογιστική, η κοστολόγηση δίδοντας τη δυνατότητα εκτίμησης του κόστους, εκτιμά το μέτρο της αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου, διασφαλίζοντας τις κατάλληλες συνθήκες ελέγχου της δραστηριότητάς του, προϋπολογιστικά και απολογιστικά. Η κοστολόγηση έχει τρεις διαστάσεις (Πολύζος, 2007):

- 1) Την κωδικοποίηση η οποία είναι η ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους για κάθε επίπεδο δραστηριότητας του οργανισμού.
- 2) Την ανάλυση του κόστους βάσει της κατηγορίας δαπάνης που διακρίνεται σε σταθερό (μισθοί, αποσβέσεις κ.α.) και μεταβλητό (υλικά, φάρμακα κ.α.), η οποία αποτυπώνει τις διακυμάνσεις των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν
- 3) Την αναγωγή του κόστους σε άμεσο κόστος (για παράδειγμα κέντρο κόστους παθολογικής κλινικής), έμμεσο κόστος (π.χ. κόστος εργαστηριακών εξετάσεων νοσηλευομένων παθολογικής κλινικής) και λειτουργικό ή επιμεριζόμενο κόστος (π.χ. νερό, καύσιμα, φως), το οποίο δείχνει τις διακυμάνσεις του τελικού προϊόντος αναφορικά με την πηγή του κόστους.

Πίνακας 8 – Κέντρα Κόστους

Κόστος με βάση το κέντρο (τμήμα)	Ανάλυση κατηγορίας κόστους (σταθερό και μεταβλητό κόστος)	Πηγή κόστους (άμεσο, έμμεσο κ.ά.)
Παθολογική κλινική	Μισθοδοσία	Κλινικές
Χειρουργική κλινική	Αποσβέσεις	Εργαστήρια
Άλλα τμήματα	Φάρμακα	Τεχνική υπηρεσία

Πηγή: Πολύζος (2007)

Τα πρωτογενή στοιχεία της κοστολόγησης, δηλαδή οι πληροφορίες σχετικά με το κόστος που αφορά στις πρώτες ύλες, τα άμεσα εργατικά έξοδα και τα Γενικά Βιομηχανικά Έξοδα (ΓΕΒ), ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, α) στις μεθόδους κοστολόγησης και β) στις τεχνικές κοστολόγησης. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές κοστολόγησης αποτελούν τα μέσα με τα οποία ένα σύστημα κοστολόγησης θα παρουσιάσει με καλύτερο τρόπο τις κοστολογικές πληροφορίες, ώστε να εξυπηρετήσουν το σκοπό για τον οποίο θα χρησιμοποιηθούν. (Βενιέρης, 1996).

A) Η μέθοδος κοστολόγησης αναφέρεται στην εφαρμογή συγκεκριμένων πρακτικών με μοναδικά χαρακτηριστικά, με σκοπό τον υπολογισμό του κόστους μιας επιχείρησης. Κάθε μέθοδος κοστολόγησης σχεδιάζεται ώστε να ανταποκρίνεται στον τρόπο παραγωγής των προϊόντων ή υπηρεσιών της επιχείρησης. Επιχειρήσεις που ανήκουν στον ίδιο παραγωγικό τομέα, χρησιμοποιούν μεθόδους με κοινά χαρακτηριστικά. Οι μέθοδοι κοστολόγησης διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες (Λυγγίτσος , 2012 , Δημοπούλου – Δημάκη , 2006):

- 1) **Κοστολόγηση εξατομικευμένης παραγωγής / κοστολόγηση κατά παραγγελία:** Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που η επιχείρηση δουλεύει με εξατομικευμένες παραγγελίες, οι οποίες προέρχονται από ανάληψη ιδιωτικών και δημοσίων έργων και διαγωνισμών, παραγγελίες πελατών και παρτίδες παραγωγής κατά παραγγελία. Η κοστολόγηση κατά παραγγελία περιλαμβάνει κοστολογήσεις έργου, κοστολογήσεις σύμβασης και κοστολογήσεις παρτίδας.
- 2) **Κοστολόγηση κατά λειτουργία/ διαδικασία – συνεχής κοστολόγηση:** Εφαρμόζεται στις επιχειρήσεις που χρησιμοποιούν επαναλαμβανόμενη παραγωγή προϊόντων ή τέλεση συγκεκριμένων διαδικασιών για την παροχή υπηρεσιών. Το κόστος σε αυτές τις περιπτώσεις κατανέμεται στο μέσο όρο των μονάδων προϊόντος που παράγονται κατά την περίοδο που εξετάζεται. Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει την κοστολόγηση κατά διαδικασία, την κοστολόγηση υπηρεσίας ή λειτουργίας και την κοστολόγηση συνεχούς παραγωγής.

B) Οι τεχνικές κοστολόγησης είναι οι τεχνικές καθορισμού του ποσού που δαπανάται σε συγκεκριμένα προϊόντα, υπηρεσίες ή διαδικασίες. Εξαρτώνται από τους σκοπούς που η εκάστοτε διοίκηση του οργανισμού χρησιμοποιεί τις κοστολογικές πληροφορίες. Οι κύριες τεχνικές κοστολόγησης είναι οι εξής (Βενιέρης , 1986):

- **Η τεχνική πλήρους κόστους:** Το κόστος των παραγόμενων προϊόντων, υπηρεσιών ή διαδικασιών θεωρείται ως το άθροισμα του κόστους ανάλωσης των α' υλών, του κόστους της άμεσης εργασίας και του συνόλου των ΓΕΒ (σταθερών και μεταβλητών). Βασικό της μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι δεν λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορά του κόστους και η διάκρισή του σε σταθερό και μεταβλητό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι φορείς του κόστους,

πέραν της επιβάρυνσής τους με το άμεσο κόστος, το οποίο προκύπτει από δικές τους ενέργειες, να επιβαρύνονται και με μέρος του κόστους το οποίο δεν οφείλεται σε αυτούς.

- **Η τεχνική οριακού κόστους ή μεταβλητού κόστους:** Με αυτή την τεχνική οι φορείς του κόστους επιβαρύνονται μόνο με το κόστος που τους αφορά, δηλαδή το μεταβλητό κόστος (α' ύλες, άμεση εργασία, μεταβλητά ΓΕΒ). Τα σταθερά ΓΕΒ εκπίπτουν στο σύνολό τους από τα αποτελέσματα της εκμετάλλευσης σαν κόστος περιόδου και δεν επιβαρύνουν τους φορείς του κόστους, καθώς δεν αποτελούν αποτέλεσμα της παραγωγικής διαδικασίας, δεδομένου ότι προκύπτουν ανεξάρτητα από το εάν υπάρχει παραγωγή ή όχι. Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι μακροπρόθεσμα το σύνολο των σταθερών εξόδων μετατρέπονται σε μεταβλητά (Βενιέρης, 1986).
- **Η τεχνική του πρότυπου κόστους:** Η εν λόγω τεχνική βασίζεται στο πρότυπο κόστος, το οποίο αποτελεί ένα προϋπολογιστικό κόστος ενός φορέα κόστους και βασίζεται σε προϋπολογιστικά δεδομένα σε σχέση με τις α' ύλες, την άμεση εργασία και τα ΓΒΕ. Προϋποθέτει τον καθορισμό προτύπων δραστηριότητας και τιμής για τις προαναφερθείσες συνιστώσες του κόστους παραγωγής. Το γεγονός ότι είναι προϋπολογιστικό δεν επιτρέπει την υποκατάσταση του πραγματικού κόστους, καθώς ο ρόλος του αφορά τους στόχους κόστους που θέτει η επιχείρηση, με τους οποίους συγκρίνει το πραγματικό απολογιστικό κόστος παραγωγής των προϊόντων ή υπηρεσιών της. Μέσω αυτής της σύγκρισης υπολογίζονται οι τυχόν αποκλίσεις μεταξύ πρότυπου και πραγματικού κόστους, βάσει των οποίων λαμβάνονται αποφάσεις που αφορούν τον προγραμματισμό και τον έλεγχο της επιχείρησης (Βενιέρης, Κοέν, Κωλέτση, 2005).

Επομένως, βάσει των παραπάνω, προκύπτει ότι κάθε σύστημα κοστολόγησης αποτελεί συνδυασμό μιας μεθόδου παραγωγικής διαδικασίας και τουλάχιστον μίας τεχνικής κοστολόγησης.

Πίνακας 9 – Τεχνικές Κοστολόγησης

Τεχνικές Κοστολόγησης				
Μέθοδοι Παραγωγής	Πλήρες Κόστος	Οριακό Κόστος	Πρότυπο Κόστος	
			Πλήρες	Οριακό
Εξατομικευμένη παραγωγή	✓	✓	✓	✓
Συνεχής παραγωγή	✓	✓	✓	✓

Πηγή: Βενιέρης (2008)

Κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας

Το μοντέλο χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. με τη χρήση του ανοιχτού νοσηλίου θεωρήθηκε ως ξεπερασμένο, καθώς αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις εξελίξεις. Η αύξηση των δαπανών και κυρίως, αυτές που αφορούσαν τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις των πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία, οδήγησαν στην αύξηση των οικονομικών ελλειμμάτων των νοσοκομείων (Χατζηπουλίδης, 2004). Ως λύση αυτού του προβλήματος προβλήθηκε η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.). Η Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εισηγήθηκε την εφαρμογή στην Ελλάδα του, μεταφρασμένου στα ελληνικά, Αυστραλιανού συστήματος (AR – DRGs), το οποίο θεώρησε ως το ιδανικότερο για τις ανάγκες τις χώρας (Πόρισμα Επιτροπής ΥΥΚΑ, 2011). Η εφαρμογή του έλαβε χώρα την 01/10/2011, χωρίς ωστόσο να έχει πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη έρευνα, καθώς βασιζόταν σε ξένα πρότυπα, με αποτέλεσμα να προκύπτουν προβλήματα ανακρίβειας των στοιχείων που έφταναν στα χέρια των αρμοδίων. Η αξιολόγηση στην οποία προέβη το γερμανικό Υπουργείο Υγείας, περίπου ένα χρόνο μετά την εφαρμογή του νέου συστήματος, κατέληξε στο ότι τα Κ.Ε.Ν. δεν είχαν πραγματική εφαρμογή στην Ελλάδα (Λιαρόπουλος, 2012).

Όπως έχει προαναφερθεί, τα Κ.Ε.Ν. βασίστηκαν στο σύστημα Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών – DRGs, τα οποία αποτελούν μέθοδο ταξινόμησης και ομαδοποίησης των περιπτώσεων των νοσοκομειακών ασθενών, βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων (αρχική διάγνωση, βαρύτητα της ασθένειας, φύλο, ηλικία, δεύτερη

διάγνωση, δευτερεύουσες ασθένειες, χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική κατάσταση).

Τα DRG επί της ουσίας, αποτελούν ένα σύστημα κατηγοριοποίησης των περιστατικών, βασιζόμενο στη συστηματική συλλογή αξιόπιστων και έγκυρων δεδομένων των ασθενών με σκοπό την ταξινόμησή τους σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό διαγνωστικών κατηγοριών, όπου η κάθε μια αντανακλά ένα προκαθορισμένο επίπεδο χρήσης πόρων. Κάθε διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχεί σε μια συγκεκριμένη τιμή αποζημίωσης προς τους παρόχους, ανεξάρτητα από τους πόρους που καταναλώθηκαν ανά περίπτωση (Γαλάνης Π. και συν. , 2020).

Το συγκεκριμένο σύστημα ταξινόμησης αποτελείται από τρία μέρη:

1. Το ιατρικό, στο οποίο περιλαμβάνονται η ανάπτυξη των ταξινομήσεων διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων, καθώς και οι κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης.
2. Το οικονομικό, στο οποίο περιλαμβάνονται κυρίως η μεθοδολογία υπολογισμού των Συντελεστών Βαρύτητας Κόστους (cost weights) για κάθε διαγνωστική κατηγορία, οι οδηγίες υπολογισμού του κόστους και οι κανόνες τιμολόγησης.
3. Το πληροφοριακό, στο οποίο περιλαμβάνονται η ανάπτυξη των λογισμικών ταξινόμησης των ασθενών (Groupers) και τα συστήματα διαχείρισης των δεδομένων (Busse et al. , 2011).

Η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων βασιζόμενο στα DRGs προϋποθέτει να λαμβάνονται υπ' όψιν:

- Ποιο θα είναι το ποσοστό της νοσοκομειακής δαπάνης που αναμένεται να καλυφθεί μέσω των DRGs.
- Οι μέθοδοι κοστολόγησης που χρησιμοποιούνται
- Το εάν υφίσταται ή όχι υποχρεωτικό σύστημα κοστολόγησης και αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες κοστολόγησης για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.
- Ποιο ποσοστό της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης αποτελεί η διοικητική δαπάνη για τη συλλογή των δεδομένων και η λειτουργία του συστήματος DRGs
- Τα υφιστάμενα συστήματα για τον έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων κόστους.

Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στο σύστημα των DRGs κατατάσσονται σε συγκεκριμένες ομάδες μέσω ενός ειδικού λογισμικού (Grouper), βάσει ενός συνόλου δεδομένων, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD) του ΠΟΥ, η κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων, το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση του ασθενή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, η μέση διάρκεια νοσηλείας και άλλες παραμέτρους, οι περισσότερες εκ των οποίων είναι κοινές μεταξύ των χωρών (Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών – Ελληνικό Ινστιτούτο DRG , 2019).

Μικρο-κοστολόγηση

Το νοσοκομειακό κόστος μπορεί να υπολογιστεί με διάφορες μεθόδους, με τις σημαντικότερες να είναι το **μέσο κόστος ανά ημέρα ανά ασθενή**, το **μέσο ημερήσιο κόστος ανά ασθένεια**, κατά το οποίο υπολογίζεται το συνολικό κόστος θεραπειών για κάθε ημέρα ανά κατηγορία νόσου, το **μίγμα περιπτώσεων**, στο οποίο υπολογίζεται το κόστος ανά κατηγορία ασθενών ή παρεμβάσεων και η μικρο-κοστολόγηση. Από τις παραπάνω μεθόδους ακριβέστερες θεωρούνται οι δύο τελευταίες και κυρίως η μέθοδος της μικρο-κοστολόγησης, καθώς παρέχουν μεγαλύτερη ακρίβεια στα αποτελέσματα (Drummond M.F. et al , 2002).

Η μικρο-κοστολόγηση αποτελεί μια τεχνική εκτίμησης κόστους με την οποία προσδιορίζεται το πραγματικό κόστος για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Κατά τους Weinstein et al, η μικροκοστολόγηση είναι μια μέθοδος εκτίμησης του κόστους που περιλαμβάνει την άμεση απαρίθμηση και την κοστολόγηση των εισροών που καταναλώθηκαν για την θεραπεία ενός ασθενή (Weinstein et al. , 1996). Ενώ οι περισσότερες μέθοδοι υπολογίζουν τις ακαθάριστες δαπάνες για την εκτίμηση του μέσου όρου των δαπανών, με αποτέλεσμα να μην παρέχουν λεπτομερή στοιχεία, η μικρο-κοστολόγηση παρέχει μεγάλη ακρίβεια και αποτυπώνει τις πραγματικές δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν από τους παρόχους, αλλά και από την κοινωνία (Drummond M.F. et al , 2015).

Η μικρο-κοστολόγηση συντελείται με δύο τεχνικές, με την από κάτω προς τα πάνω (bottom – up) και με την από πάνω προς τα κάτω (top – down).

Η top – down approach είναι η πλέον γρήγορη και οικονομικότερη μέθοδος προσδιορισμού του κόστους, καθώς εκφράζει το μέσο κόστος των κέντρων κόστους που έχουν κοινά χαρακτηριστικά (Smith and Barnett , 2003). Με αυτή την τεχνική υπολογίζεται πρώτα το συνολικό κόστος της υπηρεσίας σε επίπεδο οργανισμού ή τμήματος και κατόπιν το συνολικό κόστος επιμερίζεται στο τμήμα ή στις μονάδες των υπηρεσιών, ανάλογα με το πλήθος των διαθέσιμων στοιχείων και την ομοιογένεια των υπηρεσιών που παρέχονται, βάσει κανόνων που έχουν προκαθοριστεί και περιλαμβάνουν τη μέση και την τμηματική κοστολόγηση (Phibbs et al., 2003, Finker, 1994). Η μέθοδος αυτή ορίζει ότι οι υπηρεσίες του κάθε κέντρου κόστους αναλώνουν τους ίδιους πόρους ακριβώς (Meenan et al., 2002). Με αυτό τον τρόπο το τελικό αποτέλεσμα του κόστους μιας χρονικής περιόδου παρουσιάζεται συνολικά, δίχως τη δυνατότητα επιμέρους πληροφοριών (π.χ. κόστος ανά ασθενή) (Jegers et al., 2002). Πλεονέκτημα της συγκεκριμένης προσέγγισης αποτελεί το γεγονός ότι ελλείπει λεπτομερών δεδομένων σε επίπεδο ασθενών είναι η μόνη εφικτή επιλογή (Φανουργιάκης I, 2012). Επίσης, είναι φθηνότερη, γρηγορότερη και πιο ολοκληρωμένη σε σύγκριση με την bottom – up, καθώς συμπεριλαμβάνει όλα τα κόστη (Street and Dawson, 2002) , (Muenning and Kahn, 2002). Βασικό της μειονέκτημα έναντι της bottom up, αποτελεί το ότι είναι λιγότερο ακριβής και λιγότερο λεπτομερειακή.

Με την **bottom – up προσέγγιση**, από την άλλη, καταγράφεται η χρησιμοποίηση των πόρων και υπηρεσιών σε επίπεδο ασθενή. Τα δεδομένα για τον κάθε ασθενή αθροίζονται προκειμένου να αναγνωριστεί το είδος των πόρων που καταναλώθηκαν και υπολογίζοντάς τους γίνεται ο υπολογισμός του κόστους των υπηρεσιών που χρησιμοποιήθηκαν (Φανουργιάκης I. , 2012). Τα πλεονεκτήματα αυτής της προσέγγισης είναι: α) η περιεκτικότητα της και η λεπτομέρεια που παρέχει, β) το γεγονός ότι το σύστημα τιμολόγησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πηγή συλλογής των δεδομένων, γ) καθίσταται ευκολότερη όπου χρησιμοποιείται σύστημα αμοιβής για υπηρεσία (fee for service system) και δ) ενδείκνυται για μη ομοιογενείς υπηρεσίες, όπως π.χ. οι υπηρεσίες που παρέχονται στις ΜΕΘ. Βασικά της μειονεκτήματα: α) είναι χρονοβόρα και δαπανηρή, ιδίως όταν χρησιμοποιείται σε σύνθετες υπηρεσίες με αρκετές μονάδες και υπο-μονάδες (βοηθητικές υπηρεσίες), γ) οι συγκριτικές μελέτες απαιτούν όμοια νοσοκομειακή τιμολόγηση και όμοια λογιστικά συστήματα κόστους, δ) τα ιατρικά αρχεία και η εγγραφή των πόρων για

κάθε ασθενή μπορεί να είναι ανακριβή (Beck, et al 1999), (Gyldmark , 1995), (Edbrooke , et al 1999).

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η τιμολόγηση βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με την κοστολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται από μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό. Αποτελεί τη διαδικασία μέσω της οποίας γίνεται ο προσδιορισμός της τιμής πώλησης ενός προϊόντος ή υπηρεσίας. Περιλαμβάνει τα εξής στάδια: α) τους τιμολογιακούς στόχους, β) τις τιμολογιακές μεθόδους και γ) τις τιμολογιακές πολιτικές (Πολύζος, 2007). Στόχοι αυτής της διαδικασίας είναι (Τσακλαγκάνος, 2003):

- Η μεγιστοποίηση του κέρδους και η ελαχιστοποίηση της ζημίας.
- Η αύξηση του μεριδίου της αγοράς μέσω της μεγιστοποίησης των πωλήσεων.
- Η πώληση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών σε περισσότερες από μια αγορές.
- Η σταθερότητα των τιμών.
- Η προώθηση των προϊόντων και των υπηρεσιών.

Στις περιπτώσεις των υπηρεσιών η τιμολόγηση παρουσιάζει ορισμένες δυσκολίες, έναντι της τιμολόγησης των προϊόντων. Οι διαφοροποιήσεις απορρέουν από τα χαρακτηριστικά που προσλαμβάνουν οι υπηρεσίες , όπως η απουσία φυσικού προϊόντος, η ετερογένεια μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών ακόμη και ίδιας φύσεως, η ανελαστικότητα της ζήτησης ορισμένων υπηρεσιών όπως οι ιατρικές κ.α. (Πολύζος 2007, Γούναρης 2003). Τα στοιχεία που λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τη διαδικασία της τιμολόγησης είναι (Wasserman, 2009):

- Το κόστος των υλικών (προϊόντων) που απαιτούνται για την παροχή της υπηρεσίας.
- Το κόστος του προσωπικού, οι αμοιβές δηλαδή των επαγγελματιών που απασχολούνται για την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας.
- Τα πάγια κόστη που δαπανώνται από την επιχείρηση ή τον οργανισμό για την παροχή της υπηρεσίας και αφορούν τα λειτουργικά κόστη των εγκαταστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ο ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

Ο θυρεοειδής αδένας είναι ο μεγαλύτερος και ένας από τους σημαντικότερους αδένες του ενδοκρινικού συστήματος. Η ρίζα του ονόματός του είναι η ελληνική λέξη θυρέος, λόγω της ομοιότητάς του με δίλοβο θυρέο. Εντοπίζεται στη βάση της πρόσθιας τραχηλικής χώρας, κάτωθεν του κρικοειδούς χόνδρου. Η μάζα του είναι περίπου 20 γραμμάρια και αποτελείται από δύο λοβούς (δεξιό και αριστερό). Οι δύο λοβοί του θυρεοειδούς συνδέονται μεταξύ τους με τον ισθμό, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπίζεται ένας επιπλέον λοβός, ο πυραμοειδής, ο οποίος άρχεται από τον ισθμό προς τα άνω. Ευθύνεται για τον έλεγχο πληθώρας λειτουργιών, όπως ο μεταβολισμός, η ανάπτυξη και η ωρίμανση του συνόλου των κυττάρων και ιστών του ανθρώπινου σώματος. Όρος για τη φυσιολογική του λειτουργία αποτελεί η επαρκής πρόσληψη ιωδίου μέσω της τροφής, ούτως ώστε να σχηματίσει τις θυρεοειδικές ορμόνες, την τριιωδοθυρονίνη (T3), την θυροξίνη (T4) και την καλσιτονίνη. Οι ορμόνες αυτές είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση του βασικού μεταβολικού ρυθμού, τη θερμογένεση, την ωρίμανση του σκελετού, καθώς και για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH) που παράγεται στον αδένα της υποφύσεως, ευθύνεται για τη ρύθμιση των θυρεοειδικών ορμονών και η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την θυρεοεκλυτική ορμόνη (TRH) που παράγεται στον υποθάλαμο (Παπαδημητρίου Ι., 2001, Snell R., 2009, Μπατρινός Μ., 2007, Τσατσούλης Α, Φούντας Α., 2016).

Οι διαταραχές της φυσιολογικής λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος μπορεί να προκαλέσουν δυσλειτουργία πολλών συστημάτων, όπως η καρδιακή λειτουργία, το αναπαραγωγικό σύστημα και στα δύο φύλα, στην ανάπτυξη των παιδιών κ.α. Οι διαταραχές αυτές απαντώνται πολύ συχνά στις μεσογειακές χώρες, όπως και στη χώρα μας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 10% και πλέον του πληθυσμού νοσεί από κάποια πάθηση του θυρεοειδούς, με το γυναικείο πληθυσμό να προσβάλλεται κατά 8 με 10 φορές περισσότερο σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό.

Οι εν λόγω διαταραχές ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τις μορφολογικές και τις λειτουργικές.

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις περιλαμβάνει τις μορφές των διογκώσεων, οποιασδήποτε αιτιολογίας, οι οποίες ονομάζονται βρογχοκήλες. Η διάκριση των βρογχοκηλών, από μορφολογικής πλευράς, γίνεται σε διάχυτες και οζώδεις και από λειτουργικής, σε τοξικές και μη τοξικές.

Στις περιπτώσεις των διάχυτων βρογχοκηλών, ο αδένας του θυρεοειδή παρουσιάζει ομοιόμορφη διόγκωση, σε σχέση τις οζώδεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός ή περισσότερων όζων εντός του παρεγχύματος του αδένα.

Οι τοξικές βρογχοκήλες, οι οποίες διακρίνονται και αυτές σε διάχυτες και οζώδεις, προκύπτουν σημεία υπερλειτουργίας του αδένα (υπερθυρεοειδισμός). Από την άλλη, στις τοξικές βρογχοκήλες, όπου και αυτές διακρίνονται σε διάχυτες και οζώδεις, ο αδένας διατηρεί τη λειτουργία του (σύνδρομο του νοσούντος ευθυρεοειδικού), παρά τις ιστολογικές βλάβες του αδένα.

Οι λειτουργικές διαταραχές του θυρεοειδούς αδένα κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες:

- 1) Διαταραχές που χαρακτηρίζονται από υπερθυρεοειδισμό
- 2) Διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ευθυρεοειδισμό και περιλαμβάνουν τις μη τοξικές βρογχοκήλες, τις νεοπλασίες του θυρεοειδούς και τις θυρεοειδίτιδες
- 3) Διαταραχές που χαρακτηρίζονται από υποθυρεοειδισμό

Οι ανωτέρω δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς αδένα δύναται να αντιμετωπιστούν είτε συντηρητικά, με λήψη φαρμακευτικής αγωγής είτε, σε περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική αγωγή αποτυγχάνει ή δε γίνεται καλώς ανεκτή, με την αφαίρεσή του αδένα (θυρεοειδεκτομή, ολική ή μερική).

Ο έλεγχος του θυρεοειδούς αδένα και η διάγνωση των ανωτέρω θυρεοειδοπαθειών απαιτεί τη λήψη του ιστορικού του ασθενή, την κλινική και εργαστηριακή εξέταση. Ο έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας πραγματοποιείται με τους ορμονικούς προσδιορισμούς της τριωδοθυρονίνης (T3), της θυροξίνης (T4) και της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) στον ορό αίματος, ενώ ο ανατομικός έλεγχος του αδένα με απεικονιστικές εξετάσεις όπως το υπερηχογράφημα και το σπινθηρογράφημα.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Η ανάπτυξη υποθυρεοειδισμού οφείλεται κυρίως σε λειτουργική διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου (πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός) και λιγότερο συχνά ως αποτέλεσμα μειωμένης έκκρισης TSH από την υπόφυση (δευτερογενής υποθυρεοειδισμός) ή μειωμένης έκκρισης TRH από τον υποθάλαμο (τριτογενής υποθυρεοειδισμός). Σπανιότερα, δύναται να είναι αποτέλεσμα αντίστασης περιφερικών ιστών στη δράση των θυρεοειδικών ορμονών.

Πίνακας 10 - Υποθυρεοειδισμός

Πρωτοπαθής Υποθυρεοειδισμός
Θυρεοειδίτιδα Hashimoto
Ένδεια ιωδίου
Περίσσεια ιωδίου
Θυρεοειδεκτομή
Λήψη I ¹³¹
Ιατρογενής
Προσωρινός (σιωπηλή θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα της λοχείας)
Δευτεροπαθής Υποθυρεοειδισμός
Αδένωμα υπόφυσης
Αποπληξία υπόφυσης
Υποφουσεκτομή
Ακτινοβολία υπόφυσης
Τριτοπαθής Υποθυρεοειδισμός
Υποθαλαμική βλάβη
Αντίσταση των περιφερικών ιστών στη δράση των θυρεοειδικών ορμονών

Πηγή: Τσατσούλης, Λάσπα, Φούντας, 2015

Η καταστροφή κυττάρων του θυρεοειδούς αδένου, στα πλαίσια της θυρεοειδίτιδας Hashimoto (HT), αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρωτοπαθούς υποθυρεοειδισμού. Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto αποτελεί μια αυτοάνοση ασθένεια που επηρεάζει τη λειτουργία του θυρεοειδούς και κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα δεν αναγνωρίζει τα κύτταρα του αδένου ως δικά του, με αποτέλεσμα να τους επιτίθεται καταστρέφοντάς τα σταδιακά, προκαλώντας υποθυρεοειδισμό. Άλλα αίτια πρωτοπαθούς υποθυρεοειδισμού, λιγότερο συχνά, αποτελούν η ένδεια ιωδίου σε έδαφος σοβαρής ιωδιοπενίας, η περίσσεια ιωδίου, η χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδή, η καταστροφή του κατόπιν λήψης I¹³¹ και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (ιατρογενής υποθυρεοειδισμός).

Κύρια χαρακτηριστικά του υποθυρεοειδισμού αποτελούν η μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού (BMR), η ελάττωση της θερμογένεσης και οι αλλαγές στον ενδιάμεσο μεταβολισμό. Οι ασθενείς με υποθυρεοειδισμό εμφανίζουν υποθερμία και δυσανεξία στο κρύο. Παράλληλα, παρατηρούνται ξηρότητα και ψυχρότητα του δέρματος συνεπεία μειωμένης εφίδρωσης, ελαττωμένης έκκρισης των σμηγματογόνων αδένων και περιφερικής αγγειοσύσπασης. Ακόμη, παρουσιάζονται γενικευμένο οίδημα (μυξοίδημα), βράγχος φωνής, διαταραχές του τριχωτού της κεφαλής, δυσκοιλιότητα λόγω ελαττωμένης κινητικότητας του εντέρου, αύξηση του σωματικού βάρους, βραδυκαρδία και συλλογή υγρού στο περικάρδιο, αύξηση της διαστολικής πίεσης και στις περιπτώσεις ασθενών με βαρύ υποθυρεοειδισμό μπορεί να παρουσιαστούν νευροψυχιατρικά συμπτώματα, όπως βραδυψυχισμός, ληθαργικότητα, βραδέα αντανakλαστικά και υπνηλία. Σε σπανιότερες περιπτώσεις, μπορεί να εκδηλωθούν κατάθλιψη και ψυχωσική κατάσταση. Στις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της εμμήνου ρήσεως και στις περιπτώσεις εγκυμοσύνης προκύπτει αυξημένη πιθανότητα αποβολής, εμβρυϊκών διαταραχών και προγεννητικής θνησιμότητας.

Η διάγνωση του υποθυρεοειδισμού γίνεται κατόπιν διαπίστωσης του συνδυασμού χαμηλών επιπέδων της FT4 και υψηλής TSH. Η θεραπευτική του αντιμετώπιση περιλαμβάνει την υποκατάσταση των θυρεοειδικών ορμονών.

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υπερθυρεοειδισμός είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη παροχή ορμονών στους ιστούς, που αποδίδεται είτε σε αυξημένη σύνθεση θυρεοειδικών ορμονών, είτε σε αύξηση της απελευθέρωσης ήδη σχηματισμένων ορμονών από τα θυρεοειδικά θυλάκια, εξαιτίας της καταστροφής τους στα πλαίσια θυρεοειδίτιδας (θυρεοτοξίκωση). Με τη διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο περιπτώσεων μέσω διενέργειας σπινθηρογραφήματος παρατηρείται είτε αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου από τον αδένα, η οποία υποδηλώνει υπερλειτουργία του θυρεοειδούς, είτε χαμηλή πρόσληψη που συνηγορεί υπέρ θυρεοειδίτιδας. Ανάλογα με την αιτία που προκαλεί τον υπερθυρεοειδισμό, γίνεται διάκριση σε πρωτοπαθή, εφόσον το αίτιο εντοπίζεται στο θυρεοειδή αδένα και σε

δευτεροπαθή, όταν το αίτιο εντοπίζεται στον αδένα της υπόφυσης με αποτέλεσμα αυξημένη έκκριση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH).

Ο υπερθυρεοειδισμός διακρίνεται σε πρωτοπαθή και σε δευτεροπαθή, με τον ίδιο τρόπο όπως ο υποθυρεοειδισμός. Τα αίτια του υποθυρεοειδισμού περιγράφονται στον κάτωθι πίνακα:

Πίνακας 11 - Αίτια αυξημένης σύνθεσης ή απελευθέρωσης ορμονών

Αυξημένη σύνθεση ορμονών (Υπερθυρεοειδισμός)	Αυξημένη απελευθέρωση ορμονών (Θυρεοτοξίκωση)
<i>Αυτοάνοση θυρεοειδική νόσος</i>	<i>Θυρεοειδίτιδες</i>
Νόσος Graves	Hashitoxicosis
<i>Αυτόνομη ορμονική παραγωγή</i>	Σιωπηλή θυρεοειδίτιδα
Τοξική οζώδης βρογχοκήλη, τοξικό αδένωμα	Υποξεία θυρεοειδίτιδα
<i>Υπερέκκριση TSH</i>	Θυρεοειδίτιδα από αμωδαρόνη
Θυρεοτροπίνωμα (TSHωμα)	
<i>Διέγερση από αυξημένη hCG</i>	<i>Τεχνητή θυρεοτοξίκωση</i>
Υπερέμεση κύησης, Μύλη κύηση	Εξωγενής υπερθυροξιναιμία
<i>Έκτοπος υπερθυρεοειδισμός</i>	
Στρωματικός όγκος ωοθήκης	

Πηγή: Τσατσούλης, Λάσπα, Φούντας, 2015

Τα συχνότερα κλινικά συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού είναι:

- Νευρικότητα
- Υπερκινητικότητα
- Αϋπνία
- Τρόμος χεριών
- Συγκινησιακή αστάθεια
- Ταχυπαλμία
- Έντονη εφίδρωση
- Απώλεια βάρους
- Μυϊκή αδυναμία
- Τριχόπτωση
- Θερμική δυσανεξία
- Δύσπνοια
- Οφθαλμοπάθεια – εξόφθαλμος (στις περιπτώσεις Νόσου Graves)

Οι κύριες μορφές του υπερθυρεοειδισμού είναι οι εξής:

- Νόσος Graves (Graves Disease – DG)

Η εν λόγω νόσος χαρακτηρίζεται από διάχυτη βρογχοκήλη, εξόφθαλμο και τοξικές λειτουργικές διαταραχές. Θεωρείται αυτοάνοση διαταραχή και είναι συχνότερη στο γυναικείο πληθυσμό (αναλογία 9 προς 1). Ο θυρεοειδής αδένας παρουσιάζει σημαντική αύξηση των διαστάσεών του, παρουσιάζει υπερλειτουργία, καθώς και εμφάνιση αντιθυρεοσφαιρινικών αντισωμάτων (ANTI – TG) και αντισωμάτων κατά της υπεοξειδάσης (ANTI – TPO). Οι ασθενείς με νόσο Graves εμφανίζουν στον ορό του αίματος παρουσία αντισωμάτων έναντι του υποδοχέα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSI – Thyroid Stimulating Immunoglobulins) σε ποσοστό 80% και η διάγνωσή της πραγματοποιείται σε συνδυασμό με τη μέτρηση των θυρεοειδικών ορμονών (T3 , T4 και TSH) και το σπινθηρογράφημα.

- Νόσος του Plummer – Τοξική οζώδης βρογχοκήλη

Η κλινική εικόνα είναι σχεδόν ίδια με τη Νόσο Graves, χωρίς να παρατηρείται ωστόσο οφθαλμοπάθεια. Εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα άνω των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται από παρουσία τουλάχιστον δύο όζων στο παρέγχυμα του αδένα. Η αυτόνομη λειτουργία τουλάχιστον ενός εκ των όζων («θερμός» όζος) μπορεί να προκαλέσει υπερθυρεοειδισμό.

- Τοξικό αδένωμα θυρεοειδούς

Αυτές οι περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από την παρουσία μονήρων, μη κακοήθους όζων του θυρεοειδούς αδένα, οι οποίοι αποκτούν αυτόνομη λειτουργία και παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών, επηρεάζοντας τη λειτουργία του αδένα, προκαλώντας υπερθυρεοειδισμό.

- Δευτεροπαθής Υπερθυρεοειδισμός

Βρογχοκήλη και κλινική εικόνα υπερθυρεοειδισμού μπορεί να παρουσιαστούν και σε ασθενείς με αδένωμα υπόφυσης λόγω έκκρισης TSH (TSHωμα).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Η θεραπεία των ασθενών με υπερθυρεοειδισμό αποσκοπεί στη βελτίωση πρωτίστως των συμπτωμάτων και εν συνεχεία, στην επίτευξη ύφεσης ή μόνιμης θεραπείας της νόσου. Τα συμπτώματα που αφορούν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση μη ειδικών β – αδρενεργικών αποκλειστών (ατενολόνη ή προπανολόνη). Η ύφεση ή μόνιμη θεραπεία επιτυγχάνεται είτε με συντηρητική θεραπευτική στρατηγική (αντιθυρεοειδικά φάρμακα), είτε με μόνιμη και καταστροφική θεραπευτική στρατηγική, όπως η χειρουργική αφαίρεση ή η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου.

Αντιθυρεοειδικά φάρμακα

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αναστολή της σύνθεσης και της απελευθέρωσης των θυρεοειδικών ορμονών είναι δύο τύπων:

- **Θειοναμίδες:** Μεταφέρονται με ενεργό τρόπο στο θυρεοειδή αδένα και αναστέλλουν τη σύνθεση των ορμονών, μπλοκάροντας τη σύνδεση και την οξείδωση του ιωδίου στα μόρια της θυρεοσφαιρίνης, όπως επίσης και τα σύζευξη των ιωδοτυροσίνων.
- **Ιωδιούχο κάλιο:** Χορηγούνται από το στόμα (per os) αραιωμένο σε νερό ή γάλα για σύντομο χρονικό διάστημα για την αντιμετώπιση της θυρεοτοξικής κρίσης, όπου η ταχεία ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι αναγκαία. Η αυξημένη συγκέντρωση του ιωδίου συντελεί στην αναστολή της παραγωγής των θυρεοειδικών ορμονών.

Β – αδρενεργικοί Αποκλειστές

Στα αρχικά στάδια εμφάνισης του υπερθυρεοειδισμού και σε συνδυασμό με την αντιθυρεοειδική αγωγή, χορηγούνται μη καρδιοεκλεκτικοί β – αδρενεργικοί αποκλειστές, όπως η προπανολόλη, με σκοπό την ταχεία βελτίωση των συμπτωμάτων από την αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος.

Ραδιενεργό Ιώδιο(I^{131})

Σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα Νόσο Graves, καθώς και σε ασθενείς με τοξική οζώδη βρογχοκήλη ή τοξικό αδένωμα είναι απαραίτητη η μόνιμη θεραπεία. Η θεραπεία εκλογής για τις περιπτώσεις του τοξικού αδενώματος και της GD αποτελεί η

χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου, υπό τη μορφή κάψουλας. Η συσσώρευση του ιωδίου στο θυρεοειδή καταστρέφει εκλεκτικά το θυρεοειδικό ιστό που υπολειτουργεί, μέσω τοπικής ακτινοβολίας, εντός διαστήματος 1 – 6 μηνών. Η χορήγηση του ραδιοφαρμάκου έχει ελάχιστες παρενέργειες. Αυτές είναι συνήθως μια ενδεχόμενη παροδική επιδείνωση των συμπτωμάτων μετά τη θεραπεία και μια ενδεχόμενη ανάπτυξη υποθυρεοειδισμού μετά από κάποια χρόνια.

Χειρουργική επέμβαση

Η θυρεοειδεκτομή, ολική ή μερική, αποτελεί την τρίτη γραμμή αντιμετώπισης του υπερθυρεοειδισμού και επιλέγεται στις κάτωθι περιπτώσεις:

- Σε ασθενείς με τοξική πολυοζώδη βρογχοκήλη
- Σε ασθενείς που δεν ανέχονται θεραπεία αντιθυρεοειδικά φάρμακα
- Σε περιπτώσεις που η ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση κύησης, σε ασθενείς με δυσανεξία στις θειοναμίδες ή ασθενείς με σοβαρή οφθαλμοπάθεια και ως εκ τούτου δεν μπορεί να χορηγηθεί I^{131}
- Σε ασθενείς με ευμεγέθη βρογχοκήλη η οποία προκαλεί πιεστικά φαινόμενα ή αισθητικά προβλήματα.
- Σε ασθενείς με καρκίνο του θυρεοειδούς αδένου, οποιασδήποτε μορφής. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς υποβάλλονται σε ολική θυρεοειδεκτομή, καθώς οι υποτροπές της νόσου εξαρτώνται από τη ριζικότητα της επέμβασης και το ποσοστό του υπολειμματικού ιστού.

Στο ζήτημα της έκτασης της θυρεοειδεκτομής στους ασθενείς με GD δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των χειρουργών, καθώς ο κίνδυνος υποθυρεοειδισμού είναι ανάλογος του τμήματος του θυρεοειδικού ιστού που θα αφαιρεθεί. Ωστόσο, ο κίνδυνος υποτροπής του υπερθυρεοειδισμού αυξάνεται όσο λιγότερος ιστός αφαιρείται κατά την επέμβαση.

Οι επιπλοκές μετά την επέμβαση περιλαμβάνουν την προσωρινή ή και μόνιμη βλάβη των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων σε ποσοστό 1-3% και τη βλάβη των παραθυρεοειδών αδένων, που οδηγεί σε υπασβεστιαμία.

Καρκίνος του θυρεοειδούς

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη συνηθέστερη αιτία θανάτου, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στον ανεπτυγμένο κόσμο και για αυτό το λόγο έχουν ονομαστεί αρρώστιες του πολιτισμού. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, για το 2017, οι θάνατοι από καρκίνο στην Ευρώπη αποτελούσαν το 26% του συνόλου, στις Η.Π.Α. αποτελούν το 21% για το 2018 (CDC, 2019), ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο για το 2012 προκάλεσε το 14,6% των θανάτων (WHO, 2014). Η οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας για τη διάγνωση και τη θεραπεία των νεοπλασματικών νοσημάτων είναι πολύ μεγάλη. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τους Mariotto και συν(2011), για τις Η.Π.Α το έτος 2010, το κόστος ανήλθε σε 124,57 δισεκατομμύρια δολάρια. Είναι εμφανές λοιπόν ότι, η αύξηση των δαπανών υγείας, που αναφέρθηκε τις προηγούμενες δεκαετίες, οι οποίες αφορούσαν κυρίως στη βελτίωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στα ανεπτυγμένα κράτη. Αντίθετα, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η βελτίωση που έχει συντελεστεί στο επίπεδο υγείας οφείλεται, πρωτίστως, στις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης την τελευταία 100ετία.

Σε παγκόσμιο επίπεδο το 2015, 3,2 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν διαγνωσμένοι με καρκίνο του θυρεοειδούς. Αντιπροσωπεύει το 90% των νεοπλασιών των ενδοκρινών αδένων και το 0,5% των περιπτώσεων θανάτου από νεοπλασίες. Από την άλλη, οι όζοι του θυρεοειδούς αδένου είναι πολύ συχνοί και περίπου το 5% είναι κακοήθεις. Στην Ελλάδα, έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου του θυρεοειδούς, όχι όμως και των θανάτων που προκύπτουν. Τα προηγούμενα, αποδίδονται στην ευρεία χρήση της υπερηχογραφικής μελέτης του αδένου, η οποία έχει τη δυνατότητα εντοπισμού όγκων μικρών διαστάσεων και συμβάλει στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται όταν εντοπίζεται υποκείμενη κακοήθεια, πειστικά φαινόμενα ή για αισθητικούς λόγους. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι των τελευταίων ετών, όπως η FNA, έχουν συμβάλει στη δραστική μείωση των μη αναγκαίων θυρεοειδεκτομών, καθώς και των σπινθηρογραφημάτων, με αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους ανά ασθενή.

4.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Προτού ο ασθενής υποβληθεί σε επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής θα πρέπει να έχουν προηγηθεί μια σειρά εξετάσεις για την εκτίμηση της κατάστασης του θυρεοειδούς αδένου. Οι εξετάσεις αυτές είναι:

- Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς με το οποίο ανιχνεύεται το μέγεθος και η σύσταση του αδένου, η ενδεχόμενη ύπαρξη όζων, κύστεων κτλ.
- Αιματολογικές εξετάσεις οι οποίες μετρούν τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών (T3, T4, TSH, Καλσιτονίνη κ.α).
- Σπινθηρογράφημα το οποίο συστήνεται έπειτα από τον εντοπισμό όζου από την κλινική εξέταση και το υπερηχογράφημα, καθώς με τη συγκεκριμένη εξέταση αξιολογείται η λειτουργική κατάσταση και η φύση του όζου.
- Παρακέντηση θυρεοειδούς (FNA) η οποία θεωρείται η πλέον αξιόπιστη εξέταση για τους όζους του θυρεοειδούς. Η εξέταση αυτή περιλαμβάνει τη λήψη κυττάρων του όζου, τα οποία υποβάλλονται σε βιοψία για την ανάδειξη κακοήθειας.

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της βιοψίας είναι θετικά, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι επιβεβλημένη. Σε περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων της βιοψίας, θα πρέπει να γίνει συνεκτίμηση της πλήρους κλινικής εικόνας, του ιστορικού, της πορείας της νόσου, καθώς και τις λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις.

Εφόσον ο ασθενής έχει κριθεί ότι χρήζει επέμβασης, θα πρέπει προτού προβεί σε αυτή, να υποβληθεί σε προεγχειρητικό έλεγχο. Ο προεγχειρητικός έλεγχος διενεργείται συνήθως μία με δύο ημέρες πριν το χειρουργείο, πρωινές ώρες, καθώς θα πρέπει να είναι νήστης και περιλαμβάνει αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση και σε ορισμένες περιπτώσεις ακτινογραφία τραχήλου και εξέταση από ΩΡΛ, ιδίως σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει καταδυόμενες ή ευμεγέθεις βρογχοκήλες. Ακόμη, διενεργείται ο προαναισθητικός έλεγχος και η επαφή με τον αναισθησιολόγο, κατά την οποία ο ασθενής ενημερώνεται αναλυτικά για την ιδανικότερη μέθοδο αναισθησίας, ανάλογα με την περίπτωση.

Από τη στιγμή που τα αποτελέσματα του προχειρητικού ελέγχου είναι ικανοποιητικά προκειμένου να πραγματοποιηθεί το χειρουργείο, ο ασθενής ενημερώνεται για την προετοιμασία που απαιτείται για τη διενέργειά του, όπως η ενδεχόμενη διακοπή τυχόν φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει, δίαιτα που πρέπει να ακολουθήσει κτλ. Την ημέρα του χειρουργείου ο ασθενής προσέρχεται νωρίς το πρωί, νηστικός, έχοντας μαζί του την ταυτότητα, τον ΑΜΚΑ και τον αριθμό συμβολαίου της ιδιωτικής ασφάλειάς του, εφόσον υπάρχει και πραγματοποιείται η εισαγωγή του.

Το χειρουργείο της ολικής θυρεοειδεκτομής πραγματοποιείται υπό ολική αναισθησία και η διάρκεια του είναι από μία έως δύο ώρες. Η διάνοιξη εκτελείται με εγκάρσια τομή, περίπου 3 με 4εκ., κατά την πρόσθια τραχηλική χώρα και επιλέγεται να γίνει κατά μήκος κάποιας αναδίπλωσης του λαιμού, για το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Σε περιπτώσεις που το η αφαίρεση του θυρεοειδούς γίνεται λόγω καρκίνου, γίνεται επίσης και λεμφαδενικός καθαρισμός της περιοχής. Η επέμβαση δεν απαιτεί μετάγγιση, επομένως δε χρειάζεται αιμοδότης. Ο ασθενής ανακτά τις αισθήσεις του 2 ώρες περίπου μετά το πέρας του χειρουργείου. Δεν αισθάνεται πόνο στη χειρουργηθείσα περιοχή και η κινητοποίηση στο θάλαμό του γίνεται αμέσως μετά την ανάνηψη. Η σίτισή του είναι άμεση και ελεύθερη, από το απόγευμα της ίδιας ημέρας. Λόγω της ταχύτητας ανάρρωσης του ασθενούς, η νοσηλεία διαρκεί ένα 24ωρο και χορηγείται εξιτήριο την επομένη ημέρα.

Μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο ο ασθενής επιστρέφει σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα στις καθημερινές του δραστηριότητες, συνήθως από μία έως τρεις εβδομάδες. Λόγω της αφαίρεση του αδένου θα πρέπει να ακολουθηθεί δια βίου θεραπεία αποκατάστασης των ορμονών του και να πραγματοποιείται αιματολογικός έλεγχος τουλάχιστον δύο φορές το έτος για την παρακολούθηση των τιμών των ορμονών.

4.3 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Το κόστος κάθε χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνει αρκετές δαπάνες, που είτε συνδέονται άμεσα με τον εκάστοτε ασθενή, όπως τα υλικά, εργαλεία φάρμακα κλπ, είτε έμμεσα π.χ σίτιση, κόστος ηλεκτρισμού, κόστος αποστείρωσης,

καθαριότητας, ιματισμού κλπ. Ακόμη, αναλόγως την επέμβαση γίνεται κοστολόγηση βάσει του είδους και της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί (κλασική, λαπαροσκοπική, ρομποτική), του προσωπικού που θα απασχοληθεί, το πλήθος και το είδος των εξετάσεων που θα διενεργηθούν στον ασθενή, καθώς και τη διάρκεια νοσηλείας του. Αναλυτικότερα το κόστος ενός χειρουργείου περιλαμβάνει τα κάτωθι:

Προεγχειρητικός έλεγχος

Προτού κριθεί αναγκαία η χειρουργική επέμβαση, απαιτείται μια σειρά ενεργειών, από την αρχική επίσκεψη στον ιατρό, όπου θα γίνει η εκτίμηση της κατάστασης, μέχρι τις επισκέψεις μετά το χειρουργείο για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς. Οι επισκέψεις αυτές αποτελούν κόστος από την πλευρά του ασθενούς. Πριν τη διενέργεια της επέμβασης, ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος, προκειμένου να εξαλείψουν τυχόν κινδύνους κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, παραπέμπουν τον ασθενή σε μία σειρά εξετάσεις, το κόστος των οποίων συναρθροίζονται στο συνολικό κόστος του χειρουργείου.

Αμοιβές ιατρών

Στο χειρουργείο ολικής θυρεοειδεκτομής συμμετέχουν ένας ειδικός χειρουργός και ένας αναισθησιολόγος. Στις περιπτώσεις διενέργειας του χειρουργείου σε ιδιωτικό θεραπευτήριο το κόστος δεν επιβαρύνει την κλινική, αλλά η πληρωμή της αμοιβής τους πραγματοποιείται από τον ασθενή.

Προσωπικό χειρουργείου

Πέραν των ιατρών που προαναφέρθηκαν, κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπάρχουν τουλάχιστον δύο νοσηλευτές που ο ένας εκτελεί χρέη εργαλειοδοσίας στο ιατρικό τραπέζι και ο έτερος αποτελεί το νοσοκόμο κίνησης, ο οποίος εκτελεί τις ενέργειες που δεν μπορεί να εκτελέσει το αποστειρωμένο προσωπικό. Τέλος, στην αίθουσα του χειρουργείου παρίσταται ένας τεχνικός, ο χειρουργικός συνεργάτης ο οποίος παραδίδει στο χειρουργό τα ειδικά υλικά και αναλώσιμα και είναι αρμόδιος για τη ρύθμιση των μηχανημάτων. Οι αμοιβές των παραπάνω περιλαμβάνονται είτε στην αμοιβή της αίθουσας ή στην αμοιβή της συνολικής χειρουργικής ομάδας.

Χειρουργική μέθοδος – τεχνική

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, το κόστος της επέμβασης επηρεάζεται άμεσα από τη χειρουργική μέθοδο – τεχνική, καθώς ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που διαμόρφωσής του. Η ολική θυρεοειδεκτομή, ωστόσο, διενεργείται με την κλασική μέθοδο.

Αίθουσα χειρουργείου

Η κοστολόγηση της χειρουργικής αίθουσας διενεργείται βάσει ενός συνόλου εργασιών και υπηρεσιών που πραγματοποιούνται και παρέχονται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της επέμβασης. Αυτές περιλαμβάνουν τη συντήρηση και αποστείρωση των μηχανημάτων και των εργαλείων του χειρουργείου, τον εξοπλισμό της αναισθησίας, την καθαριότητα της αίθουσας, καθώς και τα διάφορα υλικά που χρησιμοποιούνται κατά την επέμβαση (αναλώσιμα, αναισθησιολογικά υλικά, επίδεσμοι κτλ)

Ειδικά υλικά

Κατά την επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν βλάβη των νεύρων της περιοχής, απαιτείται η χρήση συγκεκριμένων ειδικών υλικών όπως το υποδόριο βελονοειδές ηλεκτρόδιο, το αυτοκόλλητο λαρυγγικό ηλεκτρόδιο, τα ρύγχη αναρρόφησης νευροχειρουργικής, ο διαπεραστής και καθηλωτής ιστών κτλ. Τα παραπάνω εργαλεία ποικίλουν ως προς την τιμή τους, ωστόσο, απαιτείται εκτενής έρευνα και κλινική δοκιμή, η οποία είναι αρκετά δαπανηρή, για την επιλογή του καλύτερου ως προς τη συμβατότητα και την εργονομία του.

Φάρμακα

Τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το χειρουργείο αποτελούν ένα πρόσθετο κόστος για το νοσοκομείο.

Αίθουσα ανάνηψης

Η αίθουσα ανάνηψης στην οποία ο ασθενής μεταφέρεται μετά το πέρας της επέμβασης και στην οποία γίνεται έλεγχος των ζωτικών του λειτουργιών κατά την

επάνοδό του από την αναισθησία, αποτελεί μια πρόσθετη δαπάνη για το νοσοκομείο, καθώς απαιτείται εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και αντίστοιχη υλικοτεχνική υποδομή. Ακόμη, μπορεί να κριθεί αναγκαία η λήψη συγκεκριμένης μετεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής.

Νοσηλευτική Φροντίδα

Έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση και την ανάνηψη ο ασθενής θα μεταφερθεί στο θάλαμο νοσηλείας. Η διάρκεια νοσηλείας του είναι συνήθως μία ημέρα έπειτα από την επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής. Το κόστος του θεραπευτηρίου για τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς κατά την παραμονή του περιλαμβάνει την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, το κόστος των εξετάσεων στις οποίες θα υποβληθεί, τα φάρμακα και τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν, καθώς και το κόστος σίτισης και ιματισμού.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά τα αναλώσιμα και το φαρμακευτικό υλικό που χρησιμοποιούνται σε μια επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής, καθώς και το κόστος των εξετάσεων που διενεργήθηκαν στα πλαίσια του προεγχειρητικού ελέγχου του ασθενούς.

Πίνακας 12 – Αναλώσιμα, φαρμακευτικό υλικό & εξετάσεις για ολική θυρεοειδεκτομή

Περιγραφή	Ποσότητα	Αρχ. Αξία
ALGOCIT SOL.INF 10MG/ML BT x 1 BOTTLE x 100ML	4.00	0.69
ALPHAZOL SOFT.CAPS 1MCG/CAP BTx30 (BLIST 2x15)	2.00	0.28
CALCIFORM 60 Eff.Tabl. 500mg	8.00	0.56
DEXATON INJ.SOL 8MG/2ML AMP	1.00	1.70

BTx 1 AMP x 2 ML		
DORMIXAL INJ.SOL 15MG/3ML AMP BTx 5 AMPS x 3 ML	1.00	0.61
DURAPORE 2,5cm	1.00	15.03
EPHEDRINE HCL/STEROP 50MG/ML	1.00	0.44
ESELAN PD.SOL.INF 40MG/VIAL BTx5 VIALS	1.00	2.55
ESELAN PD.SOL.INF 40MG/VIAL BTx5 VIALS	2.00	5.10
FENTANYL/DEMO INJ.SOL 0,5MG/10ML AMP BTx5 AMPx10 ML	1.00	1.37
LACTATED RINGERS 1 Inj.1000ml VIOSER	1.00	1.07
MORPHINE 1AMPOULE 0,010GR XXX#	1.00	0.58
NEOSTIGMINE /COOPER INJ.SOL 2.5MG/1ML AMP BTX10AMPX1ML	1.00	0.90
NIPOGALIN DRY INJ FL 750 MG0	1.00	0.87
NIPOGALIN DRY INJ FL 750 MG0	3.00	2.61
ONDANSETRON/KABI 1 Amp. 2ml 4mg	1.00	2.73
PAMMA VICRYL 4/0 XQP.BEAONA V903H	1.00	4.03
PAMMA VICRYL 4/0 BEA ΣTP 20mm(W9113)	1.00	3.70
PETHIDINE 1 AMPOULE 0.100 GR / 2CC	1.00	0.89
PHARMAPORE iv 6x8cm (120361)	1.00	5.01
PHARMAPORE iv 6x8cm (120361)	1.00	5.01
PHENYLEPHRINE 10MG/ML GL	1.00	1.11

AMPX5 1 ML		
PROPOFOL-LIPURO INJ.EM.IN 1% W/V BTx5 VIALSx20 ML	1.00	0.77
ROCUDEM SO.INJ.INF 10MG/ML BTx 10 AMPS x5 ml	1.00	1.67
SODIUM CHLORIDE 1 Inj. 250ml 0.9% VIOSER	1.00	0.83
SODIUM CHLORIDE/BIOΣEP 1 Inj.1000ml /TWIST OFF	1.00	1.02
STERI-STRIP TAIN.ΣΥΓΚΛ.ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ R1547	2.00	0.92
SUPRANE INH.VAP.LI 100% (V/V) FL x 240 ml (ALU BOTTLES)	1.00	27.36
TEGADERM 10X12cm	1.00	12.02
URIGON INJ.SOL 75MG/3ML AMP BTx5 AMPx3 ML	1.00	0.17
ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ No3 (INTERSURGICAL)	1.00	7.02
ΑΚΤ/ΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ FACE	1.00	4.05
ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΗ ΓΑΖΑ 10X10CM 10TEM 12PLY	1.00	13.10
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΡΟΥ	1.00	4.05
ΑΤΡΟΠΙΝΗ ΘΕΙΚΗ/DEMO INJ.SOL 1MG/1ML AMP BTx50AMPx1MLΥΑΛΙΝΕΣ	2.00	1.30
ΒΕΛΟΝΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ 18G	3.00	4.53
ΓΑΖΑ X-RAY 10X10 12 PLY	1.00	16.35
ΓΑΖΑ ΑΙΜΟΣΤ.ΑΠΟΠ.SURGICEL 10X20	1.00	11.30
ΓΑΖΑ ΕΜΠΟΤΙΣΜΕΝΗ ΜΕ ΧΛΩΡΕΞΙΔΙΝΗ 2%	1.00	1.56

ΓΑΖΑ ΜΕ ΚΟΡΔΟΝΙ 40x40 X-RAY ΑΠΟΣΤ. - 5TEM	1.00	50.90
ΓΑΝΤΙΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΑ LATEX MEDIUM (1KIT=100TEM)	1.00	4.86
ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	1.00	2.88
ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟΣ LO-PRO ΜΕ CUFF No 7	1.00	10.02
ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	1.00	5.22
ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ ΨΗΦΙΑΚΟ	1.00	30.05
ΘΡΟΜΒΟΦΑΞ (ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΛΑΣΤΙΝΗΣ-ΑΡΤΤ)	1.00	15.94
ΚΑΘ. ΑΝ/ΣΗΣ ΜΕ CONTROL CH 14 DELE	1.00	5.01
ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ Nelaton No 8	1.00	14.04
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	1.00	5.22
ΚΑΛΥΜΜΑ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ ΜΑΥΟ	1.00	1.86
ΚΟΥΒΕΡΤΑ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ	1.00	12.30
ΚΥΚΛΩΜΑ ΑΝ/ΣΙΑΣ ΕΝΗΛ.180cm CAP.(ΑΝΑΙΣ)	1.00	90.14
ΜΑΣΚΑ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΑΠΛΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1.00	2.53
ΜΑΧΑΙΡΙΔΙΑ ΧΩΡΙΣ ΛΑΒΗ NO15	2.00	3.43
ΜΕΤΑΞΩΤΗ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΥΠΟΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΗ ΤΑΙΝΙΑ	1.00	0.30
ΜΠΛΟΥΖΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓ. ΑΠΟΣΤΕΙΡ. ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ (5 ΤΜΧ)	1.00	13.56
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	1.00	5.22
ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ RHESUS	1.00	4.05

ΟΥΡΙΑ ΟΡΟΥ	1.00	2.26
ΠΑΝΤΟΦΛΑ ΑΝΤΙΟΛΙΣΘΗΤΙΚΗ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΔΡΩΝ*WR	1.00	1.83
ΠΛΑΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΙΠΛΗΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ RO21A30	1.00	60.52
ΠΟΤΗΡΑΚΙΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ-ΑΠΟΣΤ/ΜΕΝΑ	1.00	0.19
ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΟΡΟΥ 79cm	1.00	1.89
ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ IVAC	1.00	8.92
ΣΑΚΟΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ PLASTI-MED 2LT	1.00	5.78
ΣΑΚΧΑΡΟ ΟΡΟΥ	1.00	2.26
ΣΕΤ ΥΛΙΚΩΝ ΓΕΝ ΝΟΣΗΛ	1.00	28.09
ΣΚΟΥΦΙΑ ΑΝΔΡΩΝ ΔΕΤΗ ΠΡΑΣΙΝΗ	3.00	6.03
ΣΚΟΥΦΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΛΑΣΤΙΧΟ ΠΙΣΩ	3.00	6.03
ΣΤΡΩΜΑΤΟΘΗΚΗ NON WOVEN	1.00	3.90
ΣΤΥΛΕΟΣ ΔΙΑΘΕΡΜΙΑΣ ΧΕΙΡ/ΚΗ ΧΕΙΡ/ΛΑΒΗ E2515	1.00	60.09
ΣΥΡΙΓΓΑ 10cc ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ	3.00	3.93
ΣΥΡΙΓΓΑ 20cc ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ	3.00	3.93
ΣΥΡΙΓΓΑ 5cc ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ	3.00	3.93
ΣΥΡΙΓΓΑ 60cc ΧΩΡΙΣ ΒΕΛΟΝΑ LUER LOCK	1.00	8.02
ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΟΡΟΥ ΑΠΛΕΣ	1.00	4.01
ΣΩΛΗΝΑΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΕΩΝ 2,5m	1.00	18.64
ΤΟΛΥΠΟΛΑΒΙΔΕΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ + ΜΠΩΛ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ 500ML	1.00	26.50

ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ VASOFIX BRAUNULA 20G	1.00	1.16
ΦΛΕΒΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ VASOFIX 18G	1.00	1.16
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΠΕΔΙΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ	1.00	7.50
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ (PT)	1.00	15.84
3 WAY ΜΕ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ 10cm	1.00	0.40
3 WAY ΜΕ ΠΡΟΕΚΤΑΣΗ 10cm	1.00	0.40
3 WAY ΑΠΛΟ	2.00	0.32
VAC.BUTTERFLY SAFETY 21GX3/4 ATRO	1.00	3.52
VACUTAINER HEMO SST 4ml ΚΙΤΡΙΝΟ 367783	4.00	2.96
VACUTAINER ΚΟΚΚΙΝΟ HEMO PLAIN 6ml * 368815 * WR	1.00	15.05
VACUTAINER ΜΩΒ HEMO EDTA 3ml * 368856 * WR - WA	1.00	15.05
ΒΡΑΚΑΚΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΓΑΛΟ	1.00	2.61
ΓΑΝΤΙΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΑ LATEX LARGE (1KIT=100TEM)	1.00	4.55
ΓΑΝΤΙΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΑ LATEX MEDIUM (1KIT=100TEM)	1.00	4.55
ΓΑΝΤΙΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΑ LATEX SMALL (1KIT=100TEM)	1.00	4.55
ΜΠΛΟΥΖΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΑΠΟΣ/MENH ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1.00	0.68
ΝΕΦΡΟΕΙΔΗ ΧΑΡΤΙΝΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ	5.00	0.25
ΝΕΦΡΟΕΙΔΗ ΧΑΡΤΙΝΑ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΕΩΣ	6.00	0.30

ΠΟΤΗΡΑΚΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	3.00	1.82
ΠΩΜΑΤΑ 3WAY (886)	7.00	2.71
ΣΚΟΥΦΙΑ ΔΙΑΤΡΗΤΗ ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΠΡΑΣΙΝΗ	1.00	2.01
ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΓΕΝ.ΧΡΗΣΗΣ ΛΕΥΚΕΣ	1.00	2.01
ΡΥΓΧΗ ΑΝΑΡ/ΣΗΣ ΝΕΥΡ/ΓΙΚΗΣ Μ.Χ. 9Fg 130mm BALL TIPPED	1.00	232.90
MDERM ΔΙΑΠΕΡΑΣΤΗΣ & ΚΑΘΗΛ. ΙΣΤΩΝ 3 -0	1.00	132.75
ΣΕΤ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΩΝ ΡΑΔΙΟΚΥΜΑΤΩΝ	1.00	65.38
ΚΕΡΑΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΡΑΔΙΟΚΥΜΑΤΩΝ 202x101mm	1.00	80.45
ΠΑΡΟΧΕΥΤΕΥΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ 15 FR	1.00	15.32
ΨΑΛΙΔΙ ΔΙΠΟΛΙΚΟ	1.00	28.56
ΔΙΠΟΛΙΚΟ ΚΑΛΩΔΙΟ	1.00	9.85
ΥΠΟΣΕΝΤΟΝΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	1.00	4.68
Σύνολο		1.463,36

Τα παραπάνω υλικά είναι ενδεικτικά, καθώς υπάρχουν μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επεμβάσεων, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν. Επομένως, το κόστος για την πραγματοποίηση μίας και μόνο επέμβασης ολικής θυρεοειδεκτομής, όσον αφορά τα αναλώσιμα, φαρμακευτικό υλικό και κόστος εξετάσεων, ανέρχεται στα 898,15€

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Το συνολικό κόστος λειτουργίας της νοσοκομειακής μονάδας ανέρχεται στα 47.918.042€ για το οικονομικό έτος 2020. Στα έξοδα έχουν υπολογιστεί οι ετήσιες δαπάνες για τα 556 άτομα προσωπικού, με κόστος 13.668.014€, για αναλώσιμα με κόστος 12.457.127€, οι αμοιβές και παροχές προς τρίτους που ανέρχονται σε 13.089.199€, οι φόροι οι οποίοι ανέρχονται στα 719.115€, οι αποσβέσεις στα 3.320.431€, καθώς και η απομείωση απαιτήσεων στα 942.567€.

Το συνολικό κόστος της κλινικής για την επέμβαση βάσει των στοιχείων που συλλέχθηκαν ανέρχεται στα 898,15€ για ένα και μόνο χειρουργείο ολικής θυρεοειδεκτομής. Το ποσό αυτό δεν περιλαμβάνει ορισμένα έξοδα για τα οποία δεν κατέστη δυνατός ο υπολογισμός τους λόγω ανεπάρκειας χρόνου. Το ποσό αυτό δεν αντιστοιχεί σε αυτό που θα επιβαρυνθεί ο ασθενής, καθώς αφενός δεν περιλαμβάνει τις αμοιβές του χειρουργού και του αναισθησιολόγου και αφετέρου αφορά το ποσό που δαπανά η κλινική για την πραγματοποίηση του χειρουργείου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα μελέτης του κόστους των ιατρικών πράξεων είναι επιτακτική για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των ιδιωτικών μονάδων υγείας. Η κοστολόγηση αποτελεί ξεχωριστό κλάδο της λογιστικής, όπως έχει προαναφερθεί και η εφαρμογή της αποτελεί προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών, ώστε να πραγματοποιείται σωστή καταγραφή των εσόδων και των εξόδων τους. Σκοπός της αποτελεί η αποτύπωση της πραγματικής εικόνας του κόστους στη διοίκηση του οργανισμού, ούτως ώστε να λαμβάνονται ορθές αποφάσεις και να χαράσσονται στρατηγικές που να εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητά του, μέσα σε ένα απαιτητικό και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η ορθή αποτύπωση του κόστους συμβάλλει καθοριστικά στο να λαμβάνονται σωστές αποφάσεις στο τομέα της τιμολογιακής πολιτικής του οργανισμού. Ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται στα πλαίσια της ελεύθερης αγοράς ωθεί τις ιδιωτικές μονάδες υγείας να αναζητούν τρόπους

απομείωσης του κόστους και βασική προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η ορθή καταγραφή του.

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια καταγραφής του κόστους της ολικής θυρεοειδεκτομής από την οπτική της νοσοκομειακής μονάδας. Λόγω περιορισμένης πρόσβασης στα οικονομικά στοιχεία της οργανισμού και ένδειας χρόνου, κατέστη δυνατή η εκτίμηση μόνο του κόστους που αφορά τα αναλώσιμα, ειδικά υλικά, καθώς και το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων που διενεργούνται κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο. Δεν κατέστη δυνατή η εκτίμηση του λειτουργικού κόστους ανά επέμβαση (ηλεκτρισμός, νερό, κτλ), οι αμοιβές του προσωπικού ανά επέμβαση, καθώς και οι αποσβέσεις και τα κόστη συντήρησης των μηχανημάτων. Ωστόσο, γίνεται ευκόλως αντιληπτό από το κόστος που προκύπτει από τα παραπάνω ότι πρόκειται για μια δαπανηρή επέμβαση, καθώς εντάσσονται στις επεμβάσεις έντασης υλικών, αφού τα υλικά αποτελούν το πρώτο κέντρο κόστους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξερόγλωσση Βιβλιογραφία

- Anthony R., Young D.W., Management Control in Nonprofit Organizations, Fourth Edition, The Crimson Press, Cambridge Massachusetts, 1984
- Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, Open University Press, New York, 2011
- Cullis J.G., West P.A. – The Economics of Health: An Introduction, Oxford, 1979
- CHAPKO, M. K., LIU, C. F., PERKINS, M., LI, Y. F., FORTNEY, J. C. & MACIEJEWSKI, M. L. 2009. Equivalence of two healthcare costing methods: bottom-up and top-down. Health economics
- Delbridge L., Total thyroidectomy: the evolution of surgical technique, 2003
- DRUMMOND, M. F., SCULPHER, M. J., CLAXTON, K., STODDART, G. L. & TORRANCE, G. W. 2015. Methods for the economic evaluation of health care programmes, Oxford university press.
- FANG, J.-Q. 2017. Handbook of Medical Statistics
- FINDORFF, M. J., WYMAN, J. F., CROGHAN, C. F. & NYMAN, J. A. 2005. Use of time studies for determining intervention costs. Nursing research, 54
- FRICK, K. D. 2009. Micro-costing quantity data collection methods. Medical care, 47
- Harness J., Fung L., Thompson N., Burney R., Mcleod M., Total thyroidectomy: Complications and technique
- Mckee M., Stuckler D., The Crisis of Capitalism and the Marketisation of Health Care: the Implications for Public Health Professionals

- Sell S., Williams O., Health under capitalism: a global political economy of structural pathogenesis
- Sigerist H. , Socialized Medicine in the Soviet Union. New York, NY: W.W. Norton, 1937.
- Βαρβάκης Κ., Κοστολόγηση και κοστολογική οργάνωση, Παπαζήση, Αθήνα, 2003
- Βενιέρης Γ., Κοέν Σ., Κωλέτση Μ., P.I. Publishing, Αθήνα, 2005
- Γούναρης Σ., Μάρκετινγκ Υπηρεσιών, Rosili, Αθήνα, 2003
- Γούλα Α., Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Παπαζήση, Αθήνα 2007
- Δημοπούλου – Δημάκη Ι., Διοικητική Λογιστική: Κοστολόγηση, Interbooks, Αθήνα, 2002
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας – Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- Κάκκος Στ., Καρκίνος του Θυρεοειδούς, προεγχειρητική διάγνωση και αντιμετώπιση, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα, 1995
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., Υπηρεσίες Υγείας – Συστήματα Χρηματοδότηση – Αγορά, τόμος Α & Β, Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007
- Κονδύλης Η. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα, χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις προοπτικής – Διδακτορική Διατριβή, Α.Π.Θ. Ιατρική Σχολή, 2009
- Κοντούλη Γείτονα Μ., Σφαιρικός Προϋπολογισμός, Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού., Ε.Κ.Π.Α., Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1992
- Κυριόπουλος Ι., Τα Οικονομικά της Υγείας, Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι, Παπαζήση, Αθήνα, 2007
- Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ., Θέματα Οικονομικών και Πολιτικές της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994

- Κυριόπουλος Ι., Σουλιώτης Κ., Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, Παπαζήση, Αθήνα, 2002
- Λαχανά Ε. (2007). Οικονομική Αξιολόγηση των προγραμμάτων Υγείας. Ένα χρήσιμο εργαλείο στη λήψη αποφάσεων. Νοσηλευτική 2007, 46 (3): 367-373.
- Λιαρόπουλος Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2015
- Παπαδημητρίου Ιωάννης, Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Ι, Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2001
- Πιερράκος Γ., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία, Παπαζήση, Αθήνα, 2008
- Πολύζος Ν., Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Διόνικος, Αθήνα 2007.
- Σακοράφας Γ., Πέρος Γ., Ιατρική , 93 (2), 121-132, 2008
- Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ, Σούλης Μ., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2002 19(6): 672-687
- Σίσκου, Ο., Εκτίμηση ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ΕΚΠΑ, Αθήνα, 2006
- Σούλης Σ, Οικονομική της Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα 1999
- Σούλης Σ., Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Παπαζήση, Αθήνα, 2015.
- Σουλιώτης Κ., Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Παπαζήση, Αθήνα, 2000.
- Τίφας Ανδρέας, Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης: Ένα εργαλείο για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στα συστήματα υγείας. Μια ηθικοδεοντολογική προσέγγιση, Cyprus Nursing Chronicals 19(1):9-14
- Τούντας Γ., Πολιτική Υγείας, Οδυσσέας/ Νέα Υγεία, Αθήνα, 2002
- Τούντας Γ., Κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας/ Νέα Υγεία, Αθήνα, 2009

- Τούντας Γ., Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας/ Νέα Υγεία, Αθήνα, 2008
- Τσαγκλακάνος Α., Εισαγωγή στην οικονομική των επιχειρήσεων, Αφοί Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 2003
- Τσατσούλης Α., Φούντας Α., Λάσπα Ε., Σύγχρονο Εγχειρίδιο Ενδοκρινολογίας, www.kallipos.gr, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 2015.
- Υφαντόπουλος Ι., Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1988
- Υφαντόπουλος Ι., Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2003
- Φανουργιάκης Γ., Αξιολόγηση κόστους και αποτελεσματικότητας εμφυτευμένων καρδιακών απινιδωτών και συσκευών αμφικοιλιακής βηματοδότησης, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2012

Άρθρα & Μελέτες

- Beck EJ, Beecham J, Mandalia S, Griffith R, Walters MD, Boulton M, Miller DL. What is the cost of getting the price wrong? *J Public Health Med.* 1999 Sep;21(3):311-7. doi: 10.1093/pubmed/21.3.311. PMID: 10528959.
- Brown, J.L. Addressing Racial Capitalism’s Impact on Black Essential Workers During the COVID-19 Pandemic: Policy Recommendations. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* (2022). <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01346-y>
- CDC, Cancer Data and Statistics (2019): <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/data/index.htm>
- Drummond A., Geoff K Nicholls, Allen G Rodrigo, Wiremu Solomon, Estimating Mutation Parameters, Population History and Genealogy

Simultaneously From Temporally Spaced Sequence Data, *Genetics*, Volume 161, Issue 3, 1 July 2002

- Edbrooke D, Hibbert C, Ridley S, Long T, Dickie H. The development of a method for comparative costing of individual intensive care units. The Intensive Care Working Group on Costing. *Anaesthesia*. 1999 Feb;54(2):110-20. doi: 10.1046/j.1365-2044.1999.00650.x. PMID: 10215705
- Flynn, R. Williams, G. and Pickard, S. "Markets and Networks: Contracting in Community Health Services" (Book Review)." *Sociology of Health and Illness* 21.2 (1999): *Sociology of Health and Illness*, 1999-03-01, Vol.21 (2). Web.
- Gyldmark M. A review of cost studies of intensive care units: problems with the cost concept. *Crit Care Med*. 1995 May;23(5):964-72. doi: 10.1097/00003246-199505000-00028. PMID: 7736758.
- Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):255-73. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00216-0. PMID: 11965334.
- Mariotto A.B., Yabroff K.R., Shao Y., Feuer E.J., Brown M.L., Projections of the cost of Cancer Care in the United States 2010 – 2020, *Journal of the National Cancer Institute*, 103, 117-128, 2011
<http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq495>
- Meenan RT, Saha S, Chou R, Swartztrauber K, Krages KP, O'Keefe-Rosetti M, McDonagh M, Chan BK, Hornbrook MC, Helfand M. Effectiveness and cost-effectiveness of echocardiography and carotid imaging in the management of stroke. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2002 Jul;(49):1-10. PMID: 12187569; PMCID: PMC4781442.

- Muennig P.A., Khan K., Cost-Effectiveness of Vaccination versus Treatment of Influenza in Healthy Adolescents and Adults, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 33, Issue 11, 2001
- Shiell A, Donaldson C, Mitton C, Currie G. Health economic evaluation. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Feb;56(2):85-8. doi: 10.1136/jech.56.2.85. PMID: 11812804; PMCID: PMC1732075.
- Wasserman, E., How to Price Business Services, Inc, www.inc.com/guides/price-your-services.html - / ανακτήθηκε την 03/06/2022.
- Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA*. 1996;
- WHO, World Cancer Report, 2014 <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
- Καϊταλίδου Δ., Γαλάνης Π., Σίσκου Ο., Καραγκούνη Η., Κωνσταντακοπούλου Ο., Μελέτη Εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα, 2020
- Λιονής Χ., Μερκούρης Μ., Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τεύχος 12ο, 2000
- Λυγγίτσος Α., Κοστολόγηση και Διαχείριση Προϋπολογισμού μικρής επιχείρησης, Ι.Μ.Ε., Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε., www.imegsevee.gr , Αθήνα, 2012
- Μανιαδάκης Ν., Μπαρτσώκας Δ., Γούναρης Δ., Καρράς Κ., Βουδούρη Μ., Κουφάκης Α., Λαναράς Α., Καρανίκας Χ., Πετρίκκος Γ., Φούσας Σ., Δερβένης Χ., Πόρισμα – Πρόταση Επιτροπής ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Αθήνα, Μάρτιος 2011.

- Μπανούση Α., Υγεία: Η πορεία ενός κεκτημένου κοινωνικού αγαθού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική (2014), Τόμος 3, Τεύχος 3
- Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα, 1995
- Ντάλλες Κ., Κώστογλου – Αθανασίου Ι., Καρκίνος του Θυρεοειδούς Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007 24(3): 250-264
- Πετρέλης Μ. , Domeyer P., Health expenditure and the social policy that was applied in Greece and Europe during the last decade, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2016), τόμος 8, τεύχος 2
- Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., Ανισότητες στην υγεία: Μια κριτική προσέγγιση
- Τούντας Γ., Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(4), 2000