

ΤΟΜΟΣ Α'

ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΠΑΝΟΣ ΜΟΥΡΔΟΥΚΟΥΤΑΣ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΑΓΟΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| Πρόλογος | 9 |
| Εισαγωγή | 11 |
| ΕΝΟΤΗΤΑ I: Το αγαθό «υγεία» και ο ρόλος του κράτους | 15 |
| Κεφάλαιο 1: Υγεία και Φροντίδα Υγείας | 17 |
| Εισαγωγή..... | 17 |
| Υγεία: Ορισμοί, προσδιοριστικοί παράγοντες, δείκτες | 18 |
| Επίπεδα Φροντίδας Υγείας | 36 |
| Κεφάλαιο 2: Ο κρατικός παρεμβατισμός..... | 47 |
| Εισαγωγή | 47 |
| Η φύση του αγαθού της υγείας..... | 48 |
| Ο ρόλος του κράτους..... | 54 |
| ΕΝΟΤΗΤΑ II: Συστήματα Υγείας | 61 |
| Κεφάλαιο 3: Η έννοια του συστήματος Υγείας..... | 63 |
| Εισαγωγή | 63 |
| Γενικές έννοιες συστήματος..... | 64 |
| Το σύστημα Υγείας..... | 67 |
| Μορφές συστημάτων Υγείας..... | 81 |

| | |
|--|------------|
| Κεφάλαιο 4: Συστήματα Υγείας: Η διεθνής εμπειρία | 91 |
| Εισαγωγή | 91 |
| Ευρώπη..... | 91 |
| Αμερική..... | 115 |
| Ιαπωνία..... | 118 |
| Κεφάλαιο 5: Δαπάνες και χρηματοδότηση Υγείας..... | 125 |
| Εισαγωγή..... | 125 |
| Δαπάνες Υγείας | 126 |
| Χρηματοδότηση Υγείας..... | 133 |
| ΕΝΟΤΗΤΑ III: Η αγορά των υπηρεσιών Υγείας | 149 |
| Κεφάλαιο 6: Μορφές υπηρεσιών Υγείας | 151 |
| Εισαγωγή..... | 151 |
| Εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας..... | 152 |
| Νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας..... | 157 |
| Εναλλακτικές υπηρεσίες Υγείας..... | 173 |
| Κεφάλαιο 7: Ζήτηση υπηρεσιών Υγείας | 185 |
| Εισαγωγή..... | 185 |
| Βραχυχρόνια ζήτηση υπηρεσιών Υγείας..... | 185 |
| Μακροχρόνια ζήτηση υπηρεσιών Υγείας..... | 188 |
| Κεφάλαιο 8: Προσφορά υπηρεσιών Υγείας | 197 |
| Εισαγωγή..... | 197 |
| Βραχυχρόνια προσφορά υπηρεσιών Υγείας..... | 197 |
| Μακροχρόνια προσφορά υπηρεσιών Υγείας..... | 200 |
| Κεφάλαιο 9: Ισορροπία στην αγορά των υπηρεσιών Υγείας..... | 203 |
| Εισαγωγή..... | 203 |
| Συνδυασμός ζήτησης και προσφοράς: Τιμή και ποσότητα ισορροπίας | 203 |
| Μέτρα βελτίωσης κατανομής υπηρεσιών Υγείας..... | 206 |
| Βιβλιογραφία..... | 211 |
| Ευρετήριο | 217 |

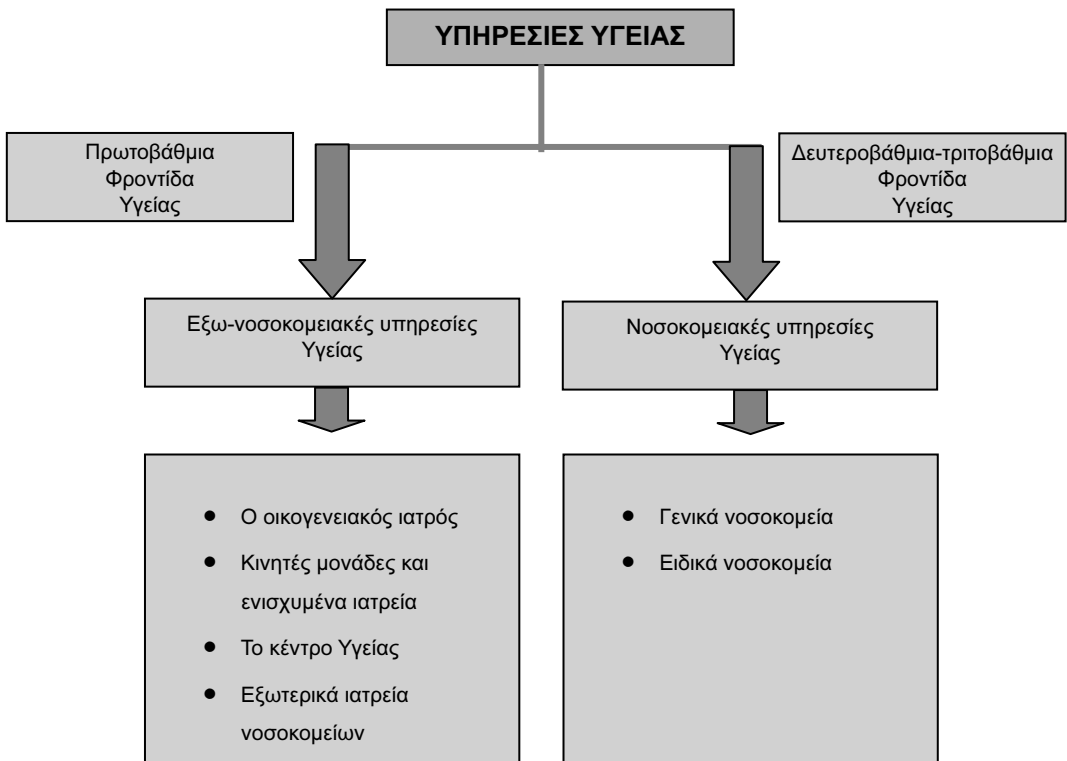
ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπηρεσίες Υγείας διαχωρίζονται σε υπηρεσίες πρόληψης, οι οποίες περιλαμβάνουν εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες, μέτρα δημόσιας υγιεινής και πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και σε υπηρεσίες φροντίδας, στις οποίες περιλαμβάνονται νοσοκομειακές υπηρεσίες (Σχήμα 6.1). Ιστορικά, ο τομέας της φροντίδας αναπτύχθηκε πρώτος, σε βάρος της πρόληψης, εξαιτίας της αμεσότητας της ανάγκης των ιατρικών περιστατικών που χρειάζονταν θεραπεία, αλλά και της ιατρο-κεντρικής ανάπτυξης του τομέα της Υγείας, η οποία έστρεφε την προσοχή σε προβλήματα, όπου η συμβολή του ιατρού είχε μεγαλύτερη σημασία.

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει αναλυτικά τις υπηρεσίες Υγείας και διακρίνεται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος παρουσιάζει τις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας, όπως ο οικογενειακός ιατρός, οι κινητές μονάδες, το κέντρο Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το δεύτερο μέρος παρουσιάζει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας, όπως αυτές προσφέρονται μέσα από την παραγωγική διαδικασία των γενικών και ειδικών νοσοκομείων, καθώς και τους τρόπους χρηματοδότησής τους. Το τρίτο μέρος περιγράφει ορισμένες υπηρεσίες, οι οποίες έχουν τη δική τους αυτοτέλεια, όπως οι μονάδες βραχείας νοσηλείας, η κατ' οίκον νοσηλεία, το νοσοκομείο Ημέρας, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και η πρόληψη και αγωγή υγείας.

Σχήμα 6.1: Υπηρεσίες Υγείας



ΕΞΩ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες αποτελούν πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και περιλαμβάνουν διαγνωστικές, θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες Υγείας, καθώς επίσης υπηρεσίες δημόσιας υγιεινής που παρέχονται κυρίως εκτός νοσοκομείου. Αποτελούν στην ουσία το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα Υγείας.

Ο τρόπος παροχής των εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών παρουσιάζει οργανωτικές διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ χωρών όσο και διαχρονικά μέσα στην ίδια χώρα και επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με το βαθμό αστικοποίησης, τις αλλαγές στις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες, τις επαγγελματικές επιδιώξεις των ιατρών και την πρόοδο της ιατρικής. Το κοινωνικοπολιτικό στάδιο ανάπτυξης μιας χώρας, οι γεωγραφικές συνθήκες, το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο και οι διαθέσιμοι πόροι του τομέα Υγείας διαμορφώνουν κάθε φορά το μείγμα των υπηρεσιών που προσφέρονται, αλλά και τον τρόπο οργάνωσής. Ως

αποτέλεσμα εμφανίζονται διάφορες μορφές εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως ο οικογενειακός ιατρός, οι κινητές μονάδες και τα ενισχυμένα ιατρεία, το κέντρο Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων².

● Ο οικογενειακός ιατρός³

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς και της οικογένειάς του με τις υγειονομικές υπηρεσίες και λειτουργεί σαν φίλτρο πριν από την είσοδο του ασθενούς σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία και σήμερα εμφανίζεται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες με ποικίλες παραλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του μέσα στα διάφορα συστήματα Υγείας. Οι παραλλαγές αυτές σχετίζονται με:

- i. τον τρόπο αμοιβής του
- ii. την εργασιακή του σχέση με τον ασφαλιστικό φορέα
- iii. τη δυνατότητα να εργάζεται ατομικά ή σε ομάδα και να εξυπηρετεί συγκεκριμένο πληθυσμό ή όχι, καθορίζοντας το χώρο παροχής υπηρεσιών.

i. Ο τρόπος αμοιβής

Ο τρόπος αμοιβής εμφανίζει διάφορες παραλλαγές. Συγκεκριμένα, ο οικογενειακός ιατρός αποζημιώνεται με μισθό (Ελλάδα), με αμοιβή κατά πράξη (Γερμανία, Γαλλία, Καναδάς, Ιαπωνία), κατά κεφαλή ασφαλισμένου (Δανία, Σουηδία, Αγγλία, Αυστρία, Ολλανδία) ή με συνδυασμό των παραπάνω σε σύνδεση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ισπανία, Πορτογαλία).

Αποζημίωση με μισθό

Η αποζημίωση με μισθό εφαρμόζεται σε χώρες όπως η Ελλάδα και οι Σκανδιναβικές, που έχουν «καθετοποιημένα» συστήματα Υγείας. Οι μισθοί καθορίζονται σε κεντρικό επίπεδο, όπου προβλέπονται ειδικές προσαυξήσεις ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας και την εμπειρία του ιατρού ή τη γεωγραφική θέση του ιατρείου. Η μέθοδος αυτή επιτυγχάνει έλεγχο των δαπανών. Ωστόσο, δεν παρέχει τον απαιτούμενο όγκο υπηρεσιών, ενώ εμφανίζεται αδιαφορία για τις προτιμήσεις των ασθενών⁴.

Αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση

Η αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση εφαρμόζεται σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, ο Καναδάς και η Ιαπωνία. Στη Γερμανία, οι αμοιβές καθορίζονται σε κεντρικό επίπεδο. Στη Γαλλία επίσης καθορίζονται σε κεντρικό επίπεδο, αλλά

επιτρέπεται η χρέωση των ασθενών πάνω από τα επίπεδα, τα οποία έχουν συμφωνήσει να αποζημιώνουν οι υγειονομικές αρχές ή οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Στον Καναδά και την Ιαπωνία οι αμοιβές καθορίζονται ελεύθερα από τους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας. Η μέθοδος αυτή παρέχει στους ιατρούς πλήρη ελευθερία κινήσεων όσον αφορά το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, τις παραπομπές σε άλλους ιατρούς ή σε νοσοκομεία. Ωστόσο, παρέχει κίνητρα στους ιατρούς για αύξηση της ποσότητας και της αξίας των παρεχόμενων υπηρεσιών, γεγονός το οποίο καθιστά έντονη την πιθανότητα εμφάνισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης⁴.

Αποζημίωση κατά κεφαλή

Η αποζημίωση κατά κεφαλή εφαρμόζεται σε χώρες όπως η Δανία, η Σουηδία, η Αγγλία, η Αυστρία και η Ολλανδία. Στη Δανία εφαρμόζεται για το ένα τρίτο της αμοιβής, καθώς το υπόλοιπο προέρχεται από αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση. Στη Σουηδία, την Αγγλία και την Αυστρία καθορίζεται η αμοιβή κατά κεφαλή, αλλά προβλέπονται πρόσθετες αμοιβές για ειδικές υπηρεσίες, ενώ στην Ολλανδία εφαρμόζεται για ιδιωτικούς ασθενείς και δημοσίους υπαλλήλους. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει τον έλεγχο των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και κατανέμει τους πόρους αποτελεσματικά, σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών. Ωστόσο, παρατηρείται μειωμένη κάλυψη των αναγκών των ασθενών και αδικαιολόγητη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες Υγείας⁴.

ii. Η εργασιακή σχέση του ιατρού με τον ασφαλιστικό φορέα

Η εργασιακή σχέση του οικογενειακού ιατρού με τον ασφαλιστικό φορέα εμφανίζεται στενή, όταν ο ιατρός είναι υπάλληλος του φορέα –όπως συμβαίνει στην Ελλάδα, όπου για παράδειγμα ο ιατρός μπορεί να «ανήκει» στο ΙΚΑ–, ή ευρεία, όταν ο ιατρός αποτελεί ελεύθερο επαγγελματία, όπως συμβαίνει στην Αγγλία και την Αυστραλία.

iii. Η δυνατότητα εργασίας ατομικά ή σε ομάδα

Η δυνατότητα εργασίας ατομικά εμφανίζεται στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες όπως η Αυστραλία και η Αγγλία, όπου οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα εργασίας σε ομάδες 3-8 ατόμων. Επίσης, οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετούν συγκεκριμένο πληθυσμό, που καθορίζεται με λίστα ή κατά περιοχή ή μπορούν να είναι «ανοικτοί» σε κάθε επίσκεψη. Η ύπαρξη λίστας αποτελεί την πλέον συνηθισμένη μορφή σε όλες τις χώρες που προσφέρουν γενική-οικογενειακή ιατρική.

Τέλος, υπάρχουν παραλλαγές όσον αφορά το χώρο παροχής των υπηρεσιών, αφού οι ιατροί μπορεί να δέχονται τους ασθενείς στο ιδιωτικό τους ιατρείο (Αγγλία, ΗΠΑ, Αυστραλία, Ελλάδα) ή στο κέντρο Υγείας, το πολυϊατρείο ή την πολυκλινική, τα οποία ανήκουν συνήθως στο κράτος ή στον ασφαλιστικό φορέα (Ελλάδα: κέντρα Υγείας και πολυϊατρεία ΙΚΑ, ΗΠΑ: HMOs τύπου staff model)⁶.

● Κινητές μονάδες και ενισχυμένα ιατρεία

Οι κινητές μονάδες εμφανίζονται κυρίως σε χώρες με ειδικά γεωγραφικά προβλήματα. Προσφέρουν υπηρεσίες δημόσιας Υγείας, πρωτοβάθμιας και επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι στελεχωμένες με νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό. Η υποστήριξή τους, όμως, από ιατρικό προσωπικό είναι στοιχειώδης και το φάσμα των υπηρεσιών που προσφέρουν είναι σχετικά περιορισμένο.

Το ενισχυμένο ιατρείο αποτελεί την πρώτη βαθμίδα περίθαλψης με τη μορφή της υγειονομικής «ομάδας», που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα σχετικά ευρύ φάσμα αναγκών Υγείας και να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο με τις υπόλοιπες υπηρεσίες Υγείας. Λειτουργεί σε αγροτικές περιοχές και είναι στελεχωμένο με ιατρογενικών καθηκόντων και νοσηλευτικό προσωπικό. Η ελλιπής κατάρτιση του ιατρού, ιδιαίτερα όταν δεν συνοδεύεται από ένα καλά οργανωμένο σύστημα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αποτελεί το μειονέκτημα αυτής της μορφής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης².

● Το κέντρο Υγείας

Το κέντρο Υγείας εμφανίζεται στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Παρέχει εξωνοσοκομειακή φροντίδα Υγείας, η οποία περιλαμβάνει υπηρεσίες διαφόρων ειδικοτήτων, ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών υπηρεσιών, καθώς και ψυχιατρική περίθαλψη. Συνήθως έχει επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με κάποιο νοσοκομείο. Ένα κέντρο Υγείας έχει ως στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπηρεσιών πρόληψης και κοινωνικής φροντίδας.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στοχεύει στην αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, καθώς και την αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του αρρώστου.

Οι υπηρεσίες πρόληψης στοχεύουν στην εξάλειψη των νοσογόνων παραγόντων και στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου μέσω προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στοχεύουν στην περίθαλψη χρόνιων ασθενών, και ομάδων πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα. Η περίθαλψη αυτή πραγματοποιείται μέσω μελέτης και πρόληψης δυσμενών καταστάσεων, μέσω ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, ενδο-οικογενειακών σχέσεων και κοινωνικής ζωής, αλλά και μέσω ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης του αρρώστου και της οικογένειάς του στο στάδιο της ασθένειας, της αποκατάστασης και της επαναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον⁶.

Σε ορισμένες χώρες (Ιταλία, Ελλάδα) και ιδιαίτερα σε μεγάλα αστικά κέντρα, το κέντρο Υγείας παίρνει τη μορφή πολυκλινικής ή πολυϊατρείου, όπου στεγάζονται όλες σχεδόν οι ιατρικές ειδικότητες, ενώ παράλληλα παρέχονται και άλλες υπηρεσίες, όπως οικογενειακός προγραμματισμός, αιμοδοσία, προληπτικές υπηρεσίες κ.λπ.

● Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων

Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ανήκουν στο χώρο της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας και διαχωρίζονται από τα έκτακτα ιατρεία, που αποτελούν τμήμα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο διαχωρισμός αυτός όμως δεν ισχύει στην πράξη, με αποτέλεσμα τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία να θεωρούνται ως ο προπομπός της εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης, περιλαμβάνοντας όλες τις ιατρικές ειδικότητες, και προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων².

Με λίγα λόγια, οι εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας περιλαμβάνουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, τις κινητές μονάδες και τα ενισχυμένα ιατρεία, τα κέντρα Υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με τις υπηρεσίες Υγείας. Αποζημιώνεται είτε με μισθό, είτε κατά πράξη και περίπτωση, είτε κατά κεφαλή, ενώ έχει δυνατότητα εργασίας ατομικά ή σε ομάδα και εξυπηρετεί είτε συγκεκριμένο πληθυσμό είτε όχι, καθορίζοντας το χώρο παροχής υπηρεσιών. Οι κινητές μονάδες και τα ενισχυμένα ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες δημόσιας Υγείας σε περιοχές με ειδικά γεωγραφικά προβλήματα. Το κέντρο Υγείας αποτελεί το βασικότερο φορέα εξω-νοσο-κομειακών υπηρεσιών και έχει ως στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προληπτικών υπηρεσιών και κοινωνικής φροντίδας. Τέλος, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιλαμβάνοντας όλες τις ιατρικές ειδικότητες.

Στις περισσότερες χώρες η εξω-νοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα εξαιτίας της κεντρικής θέσης που κατέχει στο σύστημα Υγείας η νοσοκομειακή φροντίδα, μέσω της οποίας παρέχονται υπηρεσίες στα πλαίσια λειτουργίας ενός νοσοκομείου.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες Υγείας αποτελούν δραστηριότητες παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, εκπαίδευσης και έρευνας⁶. Παρέχονται κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία, τα οποία προσφέρουν θεραπευτική φροντίδα, και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις η χρήση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων τους θεωρείται παροχή εξω-νοσοκομειακής φροντίδας και δευτερογενούς πρόληψης.

Η λειτουργία των νοσοκομείων προσδιορίζεται από συγκεκριμένους δείκτες αξιοποίησης, όπως η κλίνη, οι νοσηλευθέντες ασθενείς, οι ημέρες και η διάρκεια νοσηλείας, η πληρότητα και η μέση διάρκεια νοσηλείας (Πίνακας 6.1).

Η κλίνη είναι το κύριο μέτρο που προσδιορίζει το μέγεθος του νοσοκομείου και σχετίζεται με την έννοια της νοσηλείας των ασθενών. Έτσι, ο αριθμός των κλινών, ως μέτρο της δυναμικότητας του νοσοκομείου, είναι και ένα μέτρο της δυνατότητας παροχής υπηρεσιών.

Οι νοσηλευθέντες ασθενείς είναι τα άτομα που σε κάθε χρονική στιγμή καταλαμβάνουν κάποια κλίνη. Εμφανίζεται το φαινόμενο της παράλληλης χρήσης των όρων «ασθενείς» και «περιπτώσεις» το οποίο, όμως, εννοιολογικά και μεθοδολογικά, αποτελεί σφάλμα. Ένας ασθενής μπορεί στην ουσία να αντιπροσωπεύει περισσότερες από μία περιπτώσεις αν, παραδείγματος χάριν, νοσηλευθεί διαδοχικά σε περισσότερα από ένα τμήματα του νοσοκομείου.

Πίνακας 6.1: Δείκτες αξιοποίησης νοσοκομείου

| Λειτουργικά μεγέθη του νοσοκομείου | Δείκτες αξιοποίησης του νοσοκομείου |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Η κλίνη • Ο αριθμός των νοσηλευομένων ασθενών • Οι ημέρες νοσηλείας • Η διάρκεια νοσηλείας | <p>Η πληρότητα του νοσοκομείου</p> <p>Αριθμός περιπτώσεων *100%</p> <p>Πληρότητα =-----</p> <p>Αριθμός κλινών</p> <p>Η μέση διάρκεια νοσηλείας</p> <p>Άθροισμα ημερών νοσηλείας</p> <p>Μέση διάρκεια νοσηλείας=-----</p> <p>Συνολικός αριθμός ασθενών</p> |

Οι ημέρες νοσηλείας είναι το σύνολο των ημερών νοσηλείας που παράγει το νοσοκομείο σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, είτε οι συνολικές ετήσιες ημέρες νοσηλείας που πραγματοποιούνται.

Η διάρκεια νοσηλείας είναι το σύνολο των ημερών της νοσηλείας μιας περίπτωσης και αποτελεί έναν από τους ουσιαστικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Η διάρκεια νοσηλείας επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τις νοσηλευτικές ανάγκες του περιστατικού, ενώ αντικατοπτρίζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης του τμήματος ή του νοσοκομείου γενικότερα¹¹.

Η πληρότητα είναι το ποσοστό των κατειλημμένων κλινών στο σύνολο των διαθέσιμων κλινών του νοσοκομείου σε μία δεδομένη στιγμή. Έτσι, η πληρότητα υπολογίζεται από τον τύπο:

$$\text{Π} = \frac{\text{Α} * 100\%}{\text{Κ}}$$

όπου: Π= η πληρότητα

Α= ο αριθμός των περιπτώσεων

Κ= ο αριθμός των κλινών

Η πληρότητα ενός νοσοκομείου είναι ένας βασικός παράγοντας αξιολόγησης της οικονομικής λειτουργίας. Το γεγονός ότι ένα νοσοκομείο έχει χαμηλό βαθμό πληρότητας, συνεπάγεται αντιοικονομική λειτουργία. Αντίθετα, πολύ μεγάλο ποσοστό πληρότητας σημαίνει ότι το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να λειτουργεί υπερεντατικά, γεγονός που διογκώνει το κόστος με την ανάγκη για υπερωρίες, διπλές βάρδιες κ.λπ.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι το πηλίκο των ημερών νοσηλείας και του συνολικού αριθμού νοσηλευομένων ασθενών και αποτελεί το δεύτερο βασικό λειτουργικό μέγεθος του νοσοκομείου. Το μέγεθος αυτό μετράει το χρόνο που απαιτείται για τη νοσηλεία μιας περίπτωσης και ορίζεται από τον τύπο:

$$\text{ΜΔΝ} = \text{Η} / \text{Α}$$

όπου: ΜΔΝ= η μέση διάρκεια νοσηλείας

Η= το άθροισμα των ημερών νοσηλείας

Α= ο συνολικός αριθμός ασθενών

Τα νοσοκομεία παρέχουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που δεν προσφέρονται αλλού, γιατί απαιτείται βαρύς εξοπλισμός και ευαίσθητο, εξειδικευμένο προσωπικό. Επίσης, οι νέες γνώσεις και τεχνικές απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα και παρακολούθηση του ασθενούς, στα πλαίσια ενός ελεγχόμενου περιβάλλοντος, όπως αυτό των διαφόρων τύπων νοσοκομείου.

Οι διάφοροι τύποι νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία, μέχρι πριν τον τελευταίο νόμο 2089/2001, διακρίνονταν ανάλογα με τα εξής χαρακτηριστικά⁵:

- i. Με το σκοπό ή τη λειτουργία τους σε:
 - Γενικά νοσοκομεία: που έχουν τμήματα των περισσότερων ή όλων των ειδικοτήτων.
 - Ειδικά νοσοκομεία: που εξειδικεύονται στη νοσηλεία περιπτώσεων ορισμένων μόνο ειδικοτήτων.
- ii. Με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν σε:
 - Νοσοκομεία «οξείας νοσηλείας»: η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως μικρότερη από ένα μήνα.
 - Νοσοκομεία χρονίων περιπτώσεων.
- iii. Με τη νομική μορφή τους σε:
 - Δημόσια, τα οποία:
 - ✓ Είτε υπάγονται στο υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
 - ✓ Είτε υπάγονται στην αυτοδιοίκηση
 - ✓ Είτε υπάγονται σε κοινωφελείς οργανισμούς
 - ✓ Είτε είναι ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών
 - Ιδιωτικά
- iv. Με τη γεωγραφική τους εμβέλεια και τον πληθυσμό που εξυπηρετούν σε:
 - Τοπικά νοσοκομεία, με περιοχή ευθύνης έως 50.000 κατοίκους
 - Νομαρχιακά νοσοκομεία, που εξυπηρετούν έως 200.000 κατοίκους
 - Περιφερειακά νοσοκομεία, για πληθυσμούς πάνω από 200.000 κατοίκους.

ν. Με τον εκπαιδευτικό τους ρόλο σε:

- Αμιγώς πανεπιστημιακά νοσοκομεία
- Νοσοκομεία που έχουν κάποιον εκπαιδευτικό ρόλο, με την έννοια ορισμένων πανεπιστημιακών τμημάτων
- Νοσοκομεία που δεν επιτελούν εκπαιδευτικό έργο.

Σήμερα, με τον νέο νόμο 2889/2001, τα νοσοκομεία χωρίζονται πλέον σε δύο κατηγορίες: τα Γενικά και τα Ειδικά⁶. Γενικά νοσοκομεία είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία θεραπευτική κατηγορία. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται. Επίσης, τα νοσοκομεία διαχωρίζονται σε Οξείας Νοσηλείας, όπου η νοσηλεία διαρκεί λιγότερο από ένα μήνα, και σε νοσοκομεία Χρονίων Παθήσεων, όταν η νοσηλεία έχει μεγαλύτερη διάρκεια.

Ενώ τα νοσοκομεία χωρίζονται σε Γενικά και Ειδικά –όσον αφορά την ύπαρξη σε αυτά τμημάτων μιας ή περισσότερων θεραπευτικών κατηγοριών– χρησιμοποιούν τις ίδιες εισροές προκειμένου να απελευθερώσουν στο περιβάλλον τους εκροές, μέσα από την παραγωγική διαδικασία τους.

Η παραγωγική διαδικασία των νοσοκομείων

Η παραγωγική διαδικασία ενός νοσοκομείου αρχίζει με τη συσσώρευση των αναγκαίων πόρων και συνεχίζει με το συντονισμό τους για την προσφορά υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς⁶. Οι εισροές ενός νοσοκομείου είναι οι άνθρωποι, υλικοί και οικονομικοί πόροι, η υποδομή και ο εξοπλισμός. Οι εκροές είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, οι νοσηλευθέντες ασθενείς, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι εργαστηριακές εξετάσεις (Σχήμα 6.2).

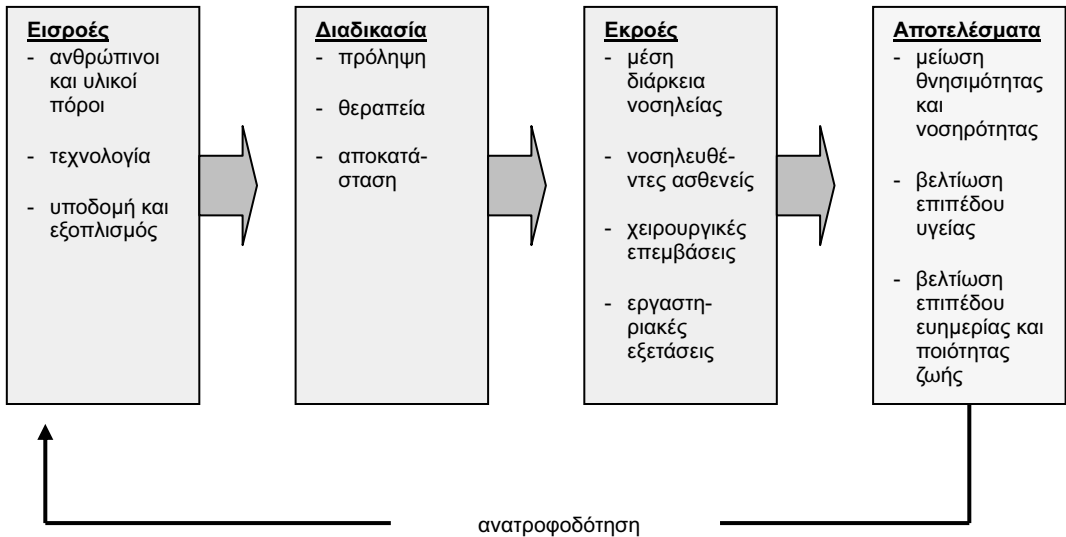
● Εισροές

Οι εισροές της παραγωγικής διαδικασίας του νοσοκομείου είναι το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού, τα κτίρια μέσα στα οποία προσφέρεται η Φροντίδα Υγείας καθώς και ο τεχνολογικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται.

Το ανθρώπινο δυναμικό

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί κεφάλαιο υψηλής οικονομικής αξίας και απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσοκομειακών δαπανών. Το μέγεθος, η σύνθεση και η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό

Σχήμα 6.2: Παραγωγική διαδικασία νοσοκομείου



την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και λοιπών υγειονομικών πόρων⁷ καθώς καθορίζει το μέγεθος της προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας⁸.

Το ανθρώπινο κεφάλαιο που απασχολείται στα νοσοκομεία ανέρχεται κατά μέσο όρο στο 6,9% του ενεργού πληθυσμού των χωρών του ΟΟΣΑ και απορροφά περίπου το 60% των δαπανών της Υγείας. Ο αριθμός αύξησης της απασχόλησης ήταν 3-5 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης της συνολικής απασχόλησης στις χώρες του ΟΟΣΑ για τη δεκαετία του '70, ενώ για τη δεκαετία του '80 και του '90 ήταν διπλάσιος. Η μεγάλη αυτή αύξηση οφείλεται σε μια σειρά από παράγοντες, όπως η επέκταση και διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης Υγείας, η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, η απρογραμμάτιστη παραγωγή επαγγελματιών Υγείας (κυρίως ιατρών) κ.λπ.

Η ποσοτική σύνθεση του προσωπικού των νοσοκομείων καθορίζεται από τον αναμενόμενο όγκο εργασίας, τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και το είδος του νοσοκομείου. Ορισμένοι δείκτες στελέχωσης ενός γενικού νοσοκομείου είναι ένας ιατρός ανά πέντε κλίνες ή τέσσερις νοσηλεύτριες ανά έναν ιατρό ή μία νοσηλεύτρια ανά κλίνη. Παράλληλα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των διαφόρων τμημάτων, η τεχνολογική υποδομή κ.λπ. και να ακολουθούνται πολιτικές ανάπτυξης του ανθρώπινου κεφαλαίου που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας.

Πίνακας 6.2: Αναλογία επαγγελματιών Υγείας νοσοκομείων σε πληθυσμό 1.000 ατόμων

| | 2004 | 1990 |
|------------------------|------|------|
| Αυστρία | 3,5 | 2,2 |
| Μεγάλη Βρετανία | 2,3 | 1,6 |
| Καναδάς | 2,1 | 2,1 |
| Γαλλία | 3,4 | 3,1 |
| Ελλάδα | 4,9 | 3,4 |
| Ιταλία | 10,2 | 2,1 |
| Ιαπωνία | 2,0 | 1,7 |

πηγή: OECD HEALTH DATA 2006

Η ποιοτική σύνθεση του προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με το νοσοκομείο. Οι επαγγελματίες Υγείας πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και μετεκπαίδευση και να υφίστανται τη διαδικασία της συνεχούς επιμόρφωσης για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις σύγχρονες απαιτήσεις και ανάγκες Υγείας. Η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας κάνει επιτακτική την ανάγκη για συνεχή κατάρτιση των επαγγελματιών Υγείας, με σκοπό την ταχεία εφαρμογή νέων μεθόδων, τεχνικών και διαδικασιών.

Η δυνατότητα υποκατάστασης καθορίζεται από την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω της χρησιμοποίησης στελεχών Υγείας σε θέσεις ή καθήκοντα τα οποία ταιριάζουν με την εκπαίδευση και τα προσόντα τους⁹. Παράλληλα, θα πρέπει να ενθαρρύνονται πρωτοβουλίες που οδηγούν στην εκχώρηση, εκ μέρους του ιατρού, αρμοδιοτήτων στο νοσηλευτή. Η εκχώρηση αρμοδιοτήτων οδηγεί το σύστημα σε καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, αφού η δαπάνη εκπαίδευσης και το κόστος εργασίας ενός νοσηλευτή είναι κατά πολύ μικρότερα από τα αντίστοιχα ενός ιατρού. Η υποκατάσταση μεταξύ των επαγγελματιών Υγείας θα πρέπει να γίνεται χωρίς να βλάπτεται η ποιότητα ή να διαταράσσονται οι σχέσεις ιατρού-ασθενούς.

Πέρα, όμως από το ανθρώπινο δυναμικό, σημαντικό συντελεστή παραγωγής αποτελεί ο αριθμός και η σύνθεση της κτιριακής υποδομής και η ύπαρξη σύγχρονης τεχνολογικής υποδομής.

Η κτιριακή και τεχνολογική υποδομή

Η κτιριακή και τεχνολογική υποδομή είναι ο φυσικός χώρος του νοσοκομείου καθώς και ο εξοπλισμός που διαθέτει. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τα κτίρια, τις

εγκαταστάσεις, τις κλίνες, την ιατρική τεχνολογία και την τεχνολογία της πληροφορικής.

Η ιατρική τεχνολογία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μηχανημάτων και τεχνικών, που αρχίζουν από το απλό στηθοσκόπιο και φτάνουν μέχρι τον αξονικό και μαγνητικό τομογράφο, τη γ-κάμερα, τις ακτίνες laser και άλλα. Η είσοδος της σύγχρονης και εξειδικευμένης τεχνολογίας στο χώρο του νοσοκομείου, αν και βελτίωσε κατά πολύ την αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, εντούτοις οδήγησε στην υπερβολική αύξηση των δαπανών τους. Πράγματι, επειδή τα σύγχρονα μηχανήματα απαιτούν υψηλές κεφαλαιουχικές δαπάνες για την αγορά τους και υψηλό κόστος συντήρησης και λειτουργίας, έχοντας μικρή διάρκεια ζωής, αυξάνουν σημαντικά τις δαπάνες Υγείας. Από την άλλη, όμως, η σημαντική πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας έχει μειώσει τη διάρκεια νοσηλείας και έχει περιορίσει τις ανάγκες σε νοσοκομειακές κλίνες.

Η τεχνολογία της πληροφορικής περιλαμβάνει τρεις μεγάλες κατηγορίες πληροφοριακών συστημάτων, που βοηθούν στην καλύτερη οργάνωση και στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων:

1. Συστήματα που υποστηρίζουν τις διοικητικές και λειτουργικές δραστηριότητες.
2. Συστήματα που βοηθούν το σχεδιασμό, τον έλεγχο και την οργάνωση.
3. Συστήματα ιατρικά και νοσηλευτικά, που προσφέρουν τεράστιες δυνατότητες βελτίωσης της ποιότητας και μείωσης του κόστους.

Πίνακας 6.3: Αναλογία κλινών και μαγνητικών τομογράφων σε πληθυσμό 1.000 ατόμων

| | ΚΛΙΝΕΣ | | ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ | |
|------------------------|--------|------|-----------------------|------|
| | 2004 | 1990 | 2004 | 1990 |
| Αυστρία | 6,5 | 4,8 | 14,9 | 7,4 |
| Μεγάλη Βρετανία | 3,6 | - | 5,0 | - |
| Καναδάς | 3,0 | 4,0 | 4,9 | 1,4 |
| Γαλλία | 3,8 | 5,2 | 3,2 | 2,1 |
| Ελλάδα | 3,8 | - | 2,3 | 1,9 |
| Ιταλία | 3,7 | 6,2 | 10,2 | 2,6 |
| Ιαπωνία | 8,4 | 12,3 | 35,3 | 18,8 |

πηγή: OECD HEALTH DATA 2006

Όπως παρουσιάστηκε, οι εισροές που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία του νοσοκομείου είναι ποικίλες. Κάποιες από αυτές τις εισροές είναι ποιοτικές, με αποτέλεσμα την αδυναμία της ποσοτικής τους μέτρησης. Οι υπόλοιπες, αν και αποτελούν μετρήσιμους παράγοντες, δεν έχουν καταχωριστεί σε ομοειδείς κατηγορίες. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι ενοποίησης των εισροών σε ομοιογενείς κατηγορίες. Συγκεκριμένα, οι Sato, Klein, Nelson και Leontief υποστηρίζουν ότι οι εισροές είναι δυνατό να εκτιμηθούν με σταθμισμένους δείκτες.

Οι εισροές των νοσοκομείων μετριοούνται με δύο τρόπους, σε φυσικά (αριθμός κλινών, αριθμός ιατρών, ώρες απασχόλησης ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού) και σε νομισματικά μεγέθη (αμοιβές ιατρών, νοσηλευτών). Η μέτρηση σε φυσικά μεγέθη μειώνει την πολύ-συγγραμμικότητα μεταξύ των μεταβλητών και περιγράφει την παραγωγική διαδικασία με τέτοιο τρόπο που δεν περικλείει υποθέσεις περί ομοιογένειας, όπως συμβαίνει κατά τη μέτρηση σε νομισματικές αξίες. Ωστόσο, δεν επιτρέπει τη στάθμιση όλων των εισροών. Για παράδειγμα, ένας εξειδικευμένος ιατρός με ειδικές γνώσεις δεν έχει την ίδια βαρύτητα με έναν ιατρό χωρίς ειδικευση στην παραγωγική διαδικασία, γιατί ο πρώτος συμβάλλει περισσότερο στη θεραπεία και τη βελτίωση της υγείας. Αντίθετα, η ενσωμάτωση της γνώσης, της εξειδίκευσης, και του ανθρώπινου κεφαλαίου κάθε εισροής στο δείκτη επιτυγχάνεται με τη μέτρηση των εισροών σε νομισματικά μεγέθη, γιατί ένας εξειδικευμένος ιατρός με περισσότερα χρόνια και υψηλότερη θέση αμείβεται περισσότερο από έναν μη εξειδικευμένο ιατρό.

● Εκροές

Οι εκροές της παραγωγικής διαδικασίας του νοσοκομείου περιλαμβάνουν τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν, των χειρουργικών επεμβάσεων, των εργαστηριακών εξετάσεων, των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία κ.ά.

Οι εκροές μετριοούνται με τρεις τρόπους, σε ημέρες νοσηλείας, σε περιπτώσεις νοσηλευθέντων ασθενών και με δείκτες υγείας. Αντίθετα από άλλες συνηθισμένες παραγωγικές διαδικασίες, όπου παράγονται προϊόντα σχετικά ομοιογενή (π.χ. 6.000 αυτοκίνητα ή 30 τραπέζια), οι εκροές του νοσοκομείου παρουσιάζουν σημαντική ανομοιογένεια, είτε μετρηθούν ανά περίπτωση είτε ανά ημέρα νοσηλείας. Αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς παράγοντες⁹:

- Τις μεγάλες διαφορές στη συνάρτηση παραγωγής που χαρακτηρίζει τη νοσηλεία περιπτώσεων σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες.
- Την ανομοιογένεια της κάθε μέρας νοσηλείας, από την άποψη των παραγωγικών πόρων που απασχολούνται στη νοσηλεία μιας περίπτωσης.

Οι δείκτες υγείας δείχνουν τη σχέση μεταξύ των περιβαλλοντικών, κοινωνικών και υγειονομικών παραγόντων και της γενικότερης στάθμης υγείας του πληθυσμού, καθώς και κατά πόσο οι μεταβολές σε αυτούς τους παράγοντες μεταβάλλουν την υγεία του πληθυσμού και με ποιον τρόπο. Οι δείκτες που συνήθως χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των εκροών του νοσοκομείου είναι οι απλοί ή οι σύνθετοι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, ανικανότητας και ποιότητας ζωής¹.

Με λίγα λόγια, η παραγωγική διαδικασία των νοσοκομείων χρησιμοποιεί μια σειρά από εισροές, από τις οποίες η πιο σημαντική είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο και ιδιαίτερα η ποσοτική και ποιοτική σύνθεσή του. Οι εκροές της παραγωγικής διαδικασίας περιλαμβάνουν τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν, των χειρουργικών επεμβάσεων, των εργαστηριακών εξετάσεων, των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία που πραγματοποιήθηκαν κ.λπ. Η σημασία της κάθε εισροής εξαρτάται από τον χρονικό ορίζοντα.

● Χρονικός ορίζοντας:

Βραχυχρόνια και μακροχρόνια παραγωγική διαδικασία

Βραχυχρόνια, μερικοί οικονομικοί πόροι παραμένουν σταθεροί σε όλα τα επίπεδα παραγωγής ενώ η εργασία είναι μεταβλητή και μεταβάλλεται με την παραγωγή. Μακροχρόνια, όλοι οι οικονομικοί πόροι είναι μεταβλητοί¹⁰.

Βραχυχρόνια παραγωγή

Βραχυχρόνια, όλοι οι παραγωγικοί συντελεστές του νοσοκομείου παραμένουν σταθεροί εκτός από το ανθρώπινο δυναμικό¹⁰:

$$q = f(L)$$

όπου: q = ποσότητα νοσοκομειακών υπηρεσιών Υγείας
 L = ανθρώπινο δυναμικό

Η παραγωγή έχει άμεση σχέση με την ποσότητα του ανθρώπινου δυναμικού. Όσο περισσότερο ανθρώπινο δυναμικό «χρησιμοποιείται» στο νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερη η παραγωγή. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό και την παραγωγή δεν είναι γραμμική, δηλαδή ίσες μεταβολές στην εισροή εργασίας δεν οδηγούν πάντα σε ίσες μεταβολές στην εκροή¹⁰. Σε χαμηλά επίπεδα εισροής εργασίας η παραγωγή νοσοκομειακών υπηρεσιών αυξάνεται γρήγορα. Μετά, καθώς εξακολουθεί να αυξάνεται η εισροή εργασίας, η παραγωγή αυξάνεται με αργό ρυθμό, και στο τέλος, σε όλο και πιο υψηλά επίπεδα εισροής εργασίας η παραγωγή μπορεί ακόμη και να μειωθεί (Διάγραμμα 6.1).

Όπως συμβαίνει και με την παραγωγή των συνηθισμένων αγαθών, η βραχυχρόνια παραγωγή των νοσοκομειακών υπηρεσιών Υγείας υπόκειται στο νόμο της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας: πέρα από ένα επίπεδο απασχόλησης, η οριακή αποδοτικότητα, δηλαδή η αποδοτικότητα των επιπλέον απασχολούμενων, φθίνει (Διάγραμμα 6.2). Ο νόμος της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας οφείλεται στην υπερσυγκέντρωση των εργαζομένων, οι οποίοι προστίθενται στα υπάρχοντα μηχανήματα. Ισχύει μόνο βραχυχρόνια, όταν κάποιοι συντελεστές παραγωγής παραμένουν σταθεροί.

Συνοψίζοντας, η επέκταση της παραγωγής των νοσοκομείων με την προσθήκη επιπλέον εργατικού δυναμικού προσκρούει στο νόμο της Φθίνουσας Οριακής Αποδοτικότητας, ο οποίος μπορεί να ξεπεραστεί μόνο με την επέκταση όλων των οικονομικών πόρων, μια στρατηγική που είναι εφικτή μόνο μακροχρόνια.

Μακροχρόνια παραγωγή

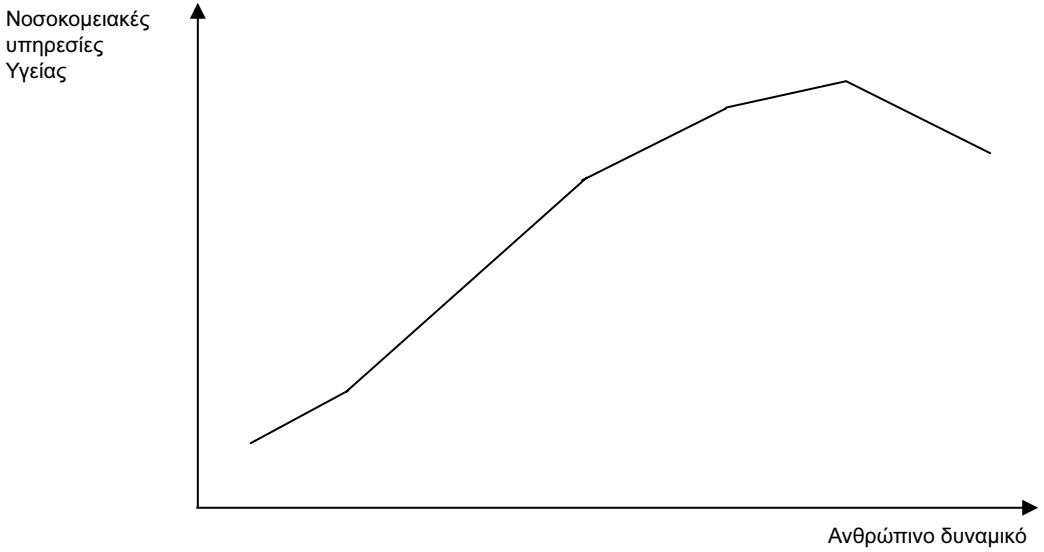
Μακροχρόνια, όλοι οι παραγωγικοί συντελεστές μεταβάλλονται συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπινου δυναμικού¹⁰:

$$q = f(T, L, E, O)$$

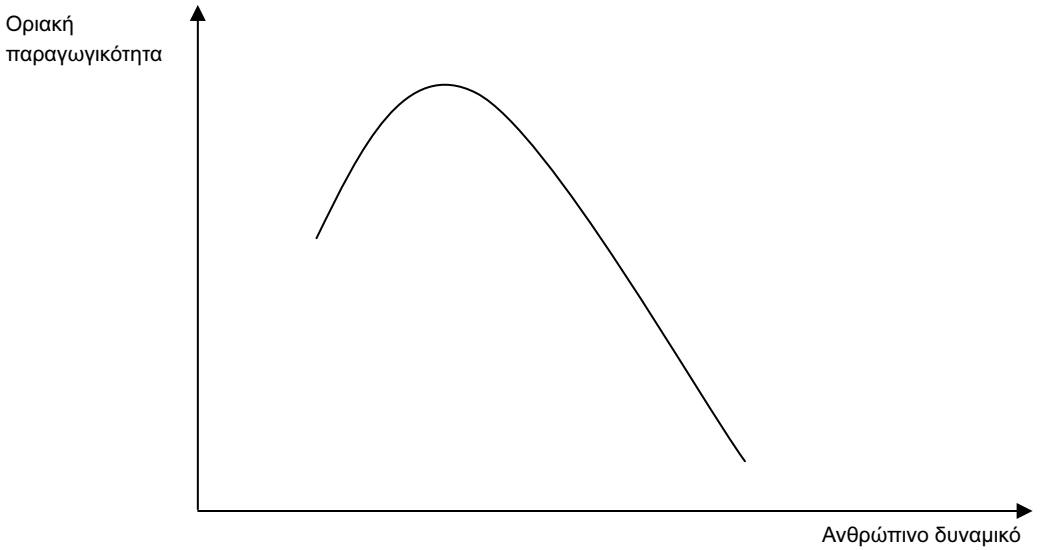
- όπου: q = ποσότητα νοσοκομειακών υπηρεσιών Υγείας
 T = τεχνολογία
 L = ανθρώπινο δυναμικό
 E = εγκαταστάσεις
 O = άλλοι πόροι

Η σχέση μεταξύ της επέκτασης των εισροών και της αύξησης της παραγωγής περιγράφεται από τις Οικονομίες Κλίμακας, τις οποίες οι οικονομολόγοι διακρίνουν σε:

Διάγραμμα 6.1: Καμπύλη συνολικής βραχυχρόνιας παραγωγής νοσοκομείου



Διάγραμμα 6.2: Φθίνουσα Οριακή Αποδοτικότητα Νοσοκομείου



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ, ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΑΓΟΡΑ

ΤΟΜΟΣ Α'

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της Υγείας αποτελεί αντικείμενο έντονου προβληματισμού κάθε κοινωνίας για διάφορους λόγους. Πρώτον, η πρόοδος της ιατρικής και η ανακάλυψη νέων μορφών θεραπείας και παρεμβάσεων Φροντίδας Υγείας έχουν αυξήσει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας. Δεύτερον, η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού έχει αυξήσει εκρηκτικά τη ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας. Τρίτον, ο πολλαπλασιασμός των κοινωνικών προβλημάτων έχει δημιουργήσει δημοσιονομικά διλήμματα στην κατανομή των πόρων μεταξύ του τομέα της Υγείας και των υπόλοιπων κοινωνικών τομέων. Τέταρτον, η αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών Υγείας μέσω παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας επιδρά σημαντικά στην κοινωνική πολιτική. Πέμπτον, πολλές χώρες έχουν δεχτεί μεγάλο αριθμό μεταναστών, που είναι κατά πλειοψηφία νέοι και υγιείς άνθρωποι, οι οποίοι μέσω συνεισφορών πληρώνουν τις υγειονομικές δαπάνες της τωρινής γενιάς ηλικιωμένων. Τι θα γίνει, όμως, όταν η γενιά αυτή των μεταναστών γεράσει; Ποιος θα πληρώσει τις δικές τους δαπάνες Υγείας;

Ο έντονος προβληματισμός έχει εγείρει το ενδιαφέρον για τη μελέτη και την επανεξέταση των διαφόρων διαχειριστικών και χρηματοοικονομικών θεμάτων του τομέα της Υγείας. Τα θέματα αυτά θίγονται στο ανά χειρας βιβλίο, το οποίο αποτελεί τον πρώτο από δύο τόμους και εξετάζει τις ιδιαιτερότητες και τις ιδιομορφίες του αγαθού της υγείας, προσδιορίζει το ρόλο του κράτους, περιγράφει τα συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών, μελετά τα προβλήματα χρηματοδότησης του τομέα της Υγείας και εξετάζει την αγορά των υπηρεσιών Υγείας. Αποτελεί πολύτιμο εγχειρίδιο για επαγγελματίες Υγείας και μη.

Οι συγγραφείς

Η **Μαρία Καλογροπούλου** είναι απόφοιτος του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με μεταπτυχιακή εξειδίκευση στην Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Είναι υποψήφια διδάκτωρ στο τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο καθηγητής **Πάνος Μουρδουκούτας** είναι συγγραφέας δεκαπέντε βιβλίων με θεματολογία που εκτείνεται από την επιχειρηματικότητα έως τις διεθνείς επιχειρήσεις. Διδάσκει και πραγματοποιεί έρευνα στο Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, στο πανεπιστήμιο Long Island της Νέας Υόρκης, και στο πανεπιστήμιο της Ναγκόγια στην Ιαπωνία. Ο καθηγητής Πάνος Μουρδουκούτας δημοσιεύει άρθρα σε επαγγελματικά επιστημονικά περιοδικά και έντυπα, συμπεριλαμβανομένων των New York Times, Journal of Risk and Insurance, Barron's, Edge Singapore και European Business Review. Έχει διακριθεί με το βραβείο Literati Club Award for the Highly Commented Author (Ηνωμένο Βασίλειο).



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΚΛΕΙΔΑΡΙΘΜΟΣ

Σταυρινόρι 27B, 10682, ΑΘΗΝΑ, Τηλ. 210-3832044

Επισκεφθείτε μας στο Internet:
www.klidarithmos.gr

ISBN 978-960-461-066-2



9 789604 610662