

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Εκτίμηση της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις

σε ελληνικό δημόσιο Νοσοκομείο

πριν και μετά τη δημοσιονομική ύφεση

Δανιήλ Ιωάννης

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μιχαήλ Τάλιας

Απρίλιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Εκτίμηση της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις

σε ελληνικό δημόσιο Νοσοκομείο

πριν και μετά τη δημοσιονομική ύφεση

Δανιήλ Ιωάννης

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μιχαήλ Τάλιας

Απρίλιος, 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	4
Ελληνική περίληψη	5
Αγγλική περίληψη	7
Συνομογραφίες.....	9
Κατάλογος διαγραμμάτων και πινάκων.....	11

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες στη Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη για την καθοδήγηση και τον Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο Δρ. Μιχαήλ Τάλια για την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Επίσης, πολλές ευχαριστίες στη Διοίκηση και το προσωπικό του Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» για την πολύτιμη βοήθειά τους στη συλλογή των δεδομένων. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου που στάθηκαν στο πλευρό μου όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από πολυποίκιλους παράγοντες, όπως η ανάγκη του ατόμου για υγεία, δημογραφικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, ψυχολογικοί, οργανωτικοί και διοικητικοί παράγοντες, καθώς και η δυνατότητα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Από αυτούς τους παράγοντες επηρεάζεται και η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις, όπως και από την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας, την τήρηση διαγνωστικών ή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την άγνοια του κόστους των εξετάσεων, την τεχνολογική εξέλιξη και την πίεση των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας. Το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον επιδρά στην λειτουργία των συστημάτων υγείας και στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που αυτά παρέχουν. Η παγκόσμια οικονομική κρίση που εμφανίστηκε το Δεκέμβριο του 2007 επηρεάζοντας τις οικονομίες των ανεπτυγμένων χωρών είχε συνέπειες και στην ελληνική οικονομία. Στα τέλη του 2008 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε περίοδο βαθιάς ύφεσης με κύρια χαρακτηριστικά την διόγκωση των ελλειμμάτων, τη μείωση της πιστοληπτικής αξιοπιστίας και την κρίση δανεισμού, με αποτέλεσμα το 2009 να καταφύγει σε πρόγραμμα δανεισμού (Μνημόνιο) με όρους εφαρμογής πολιτικών δημοσιονομικής προσαρμογής.

Σκοπός: η μελέτη της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις σε ελληνικό δημόσιο Νοσοκομείο πριν και μετά την οικονομική ύφεση.

Μεθοδολογία: συλλέχθηκαν αναδρομικά δεδομένα που αφορούσαν σε εξετάσεις που διενεργήθηκαν στο Βιοχημικό Τμήμα του Γ. Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» και αφορούσαν σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.) του Νοσοκομείου για τα έτη 2008 (προ-υφεσιακή περίοδος) και 2012 (μετά-υφεσιακή, περίοδος δημοσιονομικής προσαρμογής). Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου, καταγράφησαν και αναλύθηκαν με τη χρήση προγράμματος επεξεργασίας λογιστικών φύλλων (SpreadSheets) Excel της Microsoft. Έγινε σύγκριση των δεδομένων και ορισμένων δεικτών παραγωγικότητας και κόστους των εργαστηριακών εξετάσεων για τις δύο περιόδους της μελέτης, τόσο για το σύνολο των βιοχημικών εξετάσεων όσο και ανά είδος εξέτασης.

Αποτελέσματα: το πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων στο Βιοχημικό Τμήμα που αφορούσαν σε ασθενείς των Τ.Ε.Ι το 2012 παρουσίασε σημαντική αύξηση κατά 43,7% σε σχέση με το 2008. Την μεγαλύτερη αύξηση σε απόλυτο αριθμό εμφάνισαν οι εξετάσεις που αφορούσαν στο βασικό βιοχημικό έλεγχο και στον προσδιορισμό των λιπιδίων ορού, ενώ την μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση εμφάνισαν οι εξετάσεις καρκινικών δεικτών. Όσον αφορά στο συνολικό κόστος των εξετάσεων του βιοχημικού εργαστηρίου που

αφορούν σε ασθενείς T.E.I. προκύπτει ότι το 2012 υπήρξε σημαντική αύξησή του κατά 339894,01 ευρώ σε σχέση με το 2008 (ποσοστιαία αύξηση 54%). Ο βασικός βιοχημικός έλεγχος παρουσιάζει εκτός από το μεγαλύτερο πλήθος αναλύσεων και το υψηλότερο κόστος, ενώ είναι αξιοσημείωτη η αύξηση του κόστους που εμφάνισαν οι εξετάσεις των καρκινικών δεικτών σε σχέση με το 2008. Επίσης, το μέσο κόστος ανά ασθενή T.E.I. για το σύνολο των πραγματοποιηθέντων εργαστηριακών εξετάσεων εμφάνισε σημαντική αύξηση το 2012 σε σχέση με το 2008 (+7,58 ευρώ/ασθενή), ενώ η μέτρηση των καρκινικών δεικτών ήταν αυτή που εμφάνισε το μεγαλύτερο μέσο κόστος ανά ασθενή και ιδιαίτερα η εξέταση για το ειδικό προστατικό αντιγόνο ορού (PSA). Τέλος, ο αριθμός αναλύσεων για το σύνολο των εξετάσεων ανά απασχολούμενο για ένα έτος αυξήθηκε σημαντικά το 2012 σε σχέση με το 2008 (6.563,13 αναλύσεις περισσότερες για κάθε εργαζόμενο).

Συμπεράσματα: η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις στο Βιοχημικό Τμήμα του Νοσοκομείου όσον αφορά σε ασθενείς των T.E.I. αυξήθηκε σημαντικά κατά την μετα-υφεσιακή περίοδο, επιβεβαιώνοντας την τάση που επικρατεί σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι ασθενείς να στρέφονται προς το δημόσιο σύστημα υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τόσο την οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου όσο και τη λειτουργική επιβάρυνση του Βιοχημικού Εργαστηρίου που θα μπορούσαν να έχουν επιπτώσεις στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: εργαστηριακές εξετάσεις, ζήτηση, οικονομική ύφεση, υπηρεσίες υγείας, Ελλάδα

Summary

Background: Demand for health services is influenced by a range of factors, such as the need for a person's health, demographic, social, economic, psychological, organizational and administrative factors, as well as the ability to access healthcare and insurance coverage of the population. Apart from these factors, the experience of health professionals, compliance with diagnostic or therapeutic protocols, ignorance of the cost of the examinations, technological development and pressure from patients to healthcare professionals may also influence the demand for laboratory tests. The socio-economic environment affects the functioning of health systems and the demand for health services they provide. The global economic crisis that occurred in December 2007, affecting the economies of developed countries had an impact on the Greek economy. In late 2008, the Greek economy entered a period of deep recession which was characterized by swelling deficits, reduced creditworthiness and lending crisis, all of which resulted in the economy resorting to a borrowing program (MoU) in 2009 with conditions for implementing fiscal adjustment policies.

Aim: To investigate the demand for laboratory tests in a Greek public hospital before and after the economic recession.

Methods: Data on laboratory tests performed by the Biochemistry Department of General Hospital of Nikaia-Piraeus "Saint Panteleimon" relating to patients who visited the outpatient department (T.E.I.) of the hospital in 2008 (pre-recessionary period) and 2012 (post-recessionary, fiscal adjustment period) were collected retrospectively. The data were drawn from the information system of the hospital, were recorded and analyzed using spreadsheet editor (SpreadSheets) of Microsoft Excel. The data both for the total biochemical tests and by type of examination, and some indicators of productivity and cost of laboratory tests were compared for the two periods of the study.

Results: The number of laboratory tests in Biochemistry Department relating to T.E.I. outpatients were increased significantly by 43.7% in 2012 compared to 2008. The largest increase in absolute numbers showed the tests relating to the basic biochemical control and the determination of serum lipids, while the largest percentage increase showed the tumor marker tests. With regard to the total cost of the biochemical laboratory tests there was a significant increase of EUR 339,894.01 in 2012 compared to 2008 (percentage increase of 54%). Basic biochemical tests displayed the largest volume of analysis, while a significant cost increase was observed in the examinations of tumor markers compared to 2008. Also, the average cost per TEI patient for the total laboratory tests carried out displayed a significant increase in 2012 compared to 2008 (+7.58 euros / patient), while the measurement of tumor markers was the one that showed the highest average cost per TEI patient, particularly the examination of special prostate serum antigen (PSA). Finally, the number of the total

analyses per employee of the Biochemistry Department per year increased significantly in 2012 compared to 2008 (6563.13 more analyses per employee).

Conclusions: Demand for laboratory tests at the Biochemistry Department of the hospital relating to TEI patients increased significantly in the post-recessionary period, confirming the trend that patients are turning to the public health system during the economic crisis. This resulted in both the financial burdening of the hospital as well as the operational burdening of the Biochemical Laboratory that could affect the offering of healthcare services.

Keywords: laboratory tests; demand; economic recession; healthcare services; Greece

Συντομογραφίες

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση	
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας	
Ε.Κ.Τ.	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα	
ΕΛ.ΣΤΑΤ.	Ελληνική Στατιστική Αρχή	
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας	
Δ.Ν.Τ.	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο	
Δ.Υ.ΠΕ.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας	
Η.ΔΙ.Κ.Α.	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης	
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων	
Κ.Ε.Ν	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια	
Κ.Ε.Σ.Υ.ΠΕ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών	
Κ.Υ.	Κέντρα Υγείας	
Μ.Κ.Ο.	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου	
Ο.Α.Ε.Ε.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών	
Ο.Γ.Α.	Οργανισμών Γεωργικών Ασφαλίσεων	
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	
Ο.Π.Α.Δ.	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου	
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα	
Π.Ι.	Περιφερειακά Ιατρεία	
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	
Τ.Ε.Ι.	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	

Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	
Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων	
Υ.Π.Ε.	Υγειονομική Περιφέρεια	
Υ.Υ.Κ.Α.	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως	
EFSF	Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας	European Financial Stability Facility
ESM	Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας	European Stability Mechanism
ILO	Διεθνές Γραφείο Εργασίας	International Labour Organization
OECD	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	Organization for Economic Co-operation and Development
PSA	Ειδικό προστατικό αντιγόνο	Prostate specific antigen
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	World Health Organization
WTO	Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου	World Trade Organization

Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων

Πίνακας 4.5.1 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % ποσοστό του Α.Ε.Π.....	54
Πίνακας 4.5.2 Κατανομή των δαπανών υγείας.....	54
Πίνακας 4.6.1 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % ποσοστό του Α.Ε.Π.....	57
Πίνακας 6.1.1 Δείκτες λειτουργίας Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά (2008).....	67
Πίνακας 6.1.2 Δείκτες λειτουργίας Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά (2012).....	67
Πίνακας 6.2.1 Συνολικός αριθμός και ανά κατηγορία ασθενών (2008).....	68
Πίνακας 6.2.2 Συνολικός αριθμός και ανά κατηγορία ασθενών (2012).....	68
Πίνακας 6.4.1 Μεταβολή του κόστους ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης (2008, 2012).....	105
Πίνακας 6.5.1 Σχέση αναλύσεων για κάθε είδος εργαστηριακής εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά απασχολούμενο στο Βιοχημικό Τμήμα για ένα έτος και μεταβολή αυτής (2008, 2012).....	108
Πίνακας 6.5.2 Μέσο κόστος κάθε είδους εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά ασθενή των Τ.Ε.Ι. και μεταβολή του (2008, 2012).....	111
Διάγραμμα 4.5.1 Περιγραφή της οργάνωσης και δομής του ελληνικού συστήματος Υγείας (2008).....	50
Διάγραμμα 4.5.2 Η οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ. (2008).....	51
Διάγραμμα 4.5.3 Αριθμός ιατρών/1000 κατοίκους.....	52
Διάγραμμα 4.5.4 Κατανομή υγειονομικού προσωπικού σε διάφορες χώρες του OECD....	53
Διάγραμμα 6.2.1 Συνολικό πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος.....	69

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή.....	14
Κεφάλαιο Δεύτερο: Ζήτηση υπηρεσιών υγείας.....	17
2.1 Χαρακτηριστικά υπηρεσιών υγείας.....	17
2.2 Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού «υγεία».....	18
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	20
Κεφάλαιο Τρίτο: Εργαστηριακές εξετάσεις και υπηρεσίες υγείας.....	31
3.1 Η σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων στις υπηρεσίες υγείας.....	31
3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση των εργαστηριακών εξετάσεων.....	34
3.3 Ο εργαστηριακός τομέας στο Νοσοκομείο.....	37
Κεφάλαιο Τέταρτο: Οικονομική κρίση και υγεία.....	39
4.1 Περιγραφή του φαινομένου της οικονομικής κρίσης.....	39
4.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	41
4.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία.....	43
4.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας.....	45
4.5 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση.....	48
4.6 Το ελληνικό σύστημα υγείας κατά την οικονομική κρίση και την εφαρμογή του μνημονίου.....	56
Κεφάλαιο Πέμπτο: Μεθοδολογία.....	60
5. 1 Σκοπός-Στόχοι.....	60
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	61
5.3 Σχεδιασμός.....	61
5.4 Πληθυσμός – δείγμα.....	61
5.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων – Διαδικασία.....	64
5.6 Ηθικές προεκτάσεις.....	65
5.7 Ανάλυση δεδομένων.....	66
Κεφάλαιο Έκτο: Αποτελέσματα.....	67
6.1 Δείκτες λειτουργίας του Νοσοκομείου.....	67

6.2 Συνολικό πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος.....	68
6.3 Πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος ασθενών Τ.Ε.Ι. ανά είδος εξέτασης.....	69
6.4 Συνολικό κόστος και κόστος ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης.....	105
6.5 Υπολογισμός και σύγκριση δεικτών παραγωγικότητας και κόστους.....	108
Κεφάλαιο Έβδομο: Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	115
Βιβλιογραφία.....	125

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Η υγεία αναμφισβήτητα αποτελεί φυσικό και κοινωνικό αγαθό που συνδέεται με την ίδια την ανάγκη του ανθρώπου για επιβίωση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1946), «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μονό η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»¹. Το αγαθό υγεία, επομένως, μας προσφέρει άμεση χρησιμότητα και ικανοποίηση και μας καθιστά λειτουργικούς και παραγωγικούς σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Κάθε άνθρωπος ξεκινά με ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγείας το οποίο επιθυμεί να διατηρήσει σε ένα άριστο επίπεδο ή τουλάχιστον σε κάποιο ικανοποιητικό βαθμό. Η ανάγκη αυτή του ανθρώπου για την πρόληψη της ασθένειας, αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του κατέχει πρωταρχική θέση στην κλίμακα των αξιών του. Η επιδίωξη για τη διασφάλιση της υγείας του και την ικανοποίηση αυτών των αναγκών αποτελούν βασική προτεραιότητα στην καθημερινή του δραστηριότητα όσο αυτές παραμένουν ανεκπλήρωτες και τον οδηγεί στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες αναφερόμαστε στο σύνολο των υπηρεσιών εκείνων που παρέχουν ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και στους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών². Επομένως, μέσα από τις υπηρεσίες υγείας κάθε άνθρωπος δύναται να κάνει χρήση και να απολαμβάνει τόσο υπηρεσίες φροντίδας υγείας όσο και υπηρεσίες περίθαλψης. Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας σε μια οργανωμένη κοινωνία είναι σύνθετος και αντικατοπτρίζει τις επικρατούσες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που την διέπουν. Οι μονάδες παραγωγής και παροχής-διανομής των υπηρεσιών υγείας, όπως Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, πολυϊατρεία, κτλ. αποτελούν οργανισμούς με ιδιαιτερότητες και αποσκοπούν στην οργανωμένη, έγκαιρη, ορθή, πλήρη και αποτελεσματική ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των ανθρώπων. Στο κεφάλαιο 2 γίνεται μια αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αγαθού υγεία και των υπηρεσιών υγείας και αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτησή τους από τους ανθρώπους-χρήστες.

Η εκτίμηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πολύτιμο δείκτη για της αξιολόγηση της λειτουργικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων υγείας³. Οι νέες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, όπως αυτές διαμορφώθηκαν από την δημοσιονομική ύφεση που επηρέασε και την Ελλάδα, έχουν προκαλέσει μεταβολές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας⁴. Στο κεφάλαιο 4 περιγράφονται εν συντομία τα χαρακτηριστικά της δημοσιονομικής κρίσης που προέκυψε στην χώρα μας το 2009, η οποία οδήγησε στην υιοθέτηση προγράμματος χρηματοπιστωτικής στήριξης και δημοσιονομικής προσαρμογής υπό την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Δ.Ν.Τ.) και αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και ειδικότερα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, γίνεται μια σύντομη περιγραφή των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται μέσω του ελληνικού συστήματος, αφού στη ζήτηση συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας (όπως είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις) ενός Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Ελλάδας θα επικεντρωθεί η παρούσα μελέτη. Η περιγραφή αυτή αφορά στη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας τόσο πριν όσο και μετά την δημοσιονομική ύφεση, τονίζοντας τις μεταβολές που προήλθαν μετά την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων και των πολιτικών συγκράτησης δαπανών που προέβλεπαν οι όροι της δανειακής σύμβασης.

Κάθε πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ένας ασθενής-χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να διερευνηθεί από τους επιστήμονες υγείας προκειμένου να επιλυθεί επιτυχώς. Κατά τη διαδικασία της διερεύνησής του ακολουθούνται συγκεκριμένες διαγνωστικές μέθοδοι, όπως λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, αντικειμενική εξέταση και διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις^{5,6}. Οι εργαστηριακές εξετάσεις, επομένως, αποτελούν κομβικό κρίκο στην αλυσίδα της διαγνωστικής προσέγγισης κάθε νοσήματος και όχι μόνο, καθώς χρησιμοποιούνται τόσο στην πρόληψη ασθενειών και τον προσυμπτωματικό έλεγχο, όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση και την παρακολούθηση της αποθεραπείας. Στο κεφάλαιο 3 γίνεται αναφορά στη σημασία αυτή των εργαστηριακών εξετάσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των εργαστηριακών εξετάσεων.

Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε μια μονάδα υγείας, όπως είναι ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, επηρεάζει την λειτουργία της αφενός, αλλά και τον προϋπολογισμό της αφετέρου^{7,8}. Η μελέτη της ζήτησης των εργαστηριακών εξετάσεων κατά την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής είναι αναγκαία προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την επιβάρυνση ή μη των δημόσιων νοσοκομείων

(λειτουργική και οικονομική). Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι η δημοσιονομική ύφεση που παρατηρήθηκε σε άλλες χώρες οδήγησε σε αύξηση της χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας γενικά^{9,10,11}, ενώ η παράλληλη εφαρμογή πολιτικών συγκρατημένης υγειονομικής δαπάνης έχει οδηγήσει στην ανάγκη επανασχεδιασμού της οργάνωσης και της λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων. Ελάχιστα είναι τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν στη μεταβολή της ζήτησης εργαστηριακών εξετάσεων σε μονάδες υγείας και αναφέρονται κυρίως σε ιδιωτικούς παρόχους και ιδιωτικές πληρωμές. Αυτό το γεγονός καθιστά επιτακτική την ανάγκη να μελετηθεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης και στο πλήθος των ζητούμενων εργαστηριακών εξετάσεων σε δημόσιο πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή πραγματοποιείται η μελέτη της ζήτησης των εργαστηριακών εξετάσεων σε ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο της Ελλάδας πριν (2008) και μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και κατά την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής (2012). Η μελέτη αυτή γίνεται μέσα από την μέτρηση του πλήθους των ζητούμενων εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο Βιοχημικό Τμήμα στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο, όπως αυτές κατεγράφησαν τις αντίστοιχες περιόδους από τις αρμόδιες υπηρεσίες του στο ηλεκτρονικό πληροφοριακό του σύστημα και αφορούσαν σε ασθενείς των τακτικών εξωτερικών ιατρείων (Τ.Ε.Ι.). Κύριος σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν υπήρξε ή όχι μεταβολή (αύξηση ή μείωση) στο πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων μετά την εμφάνιση της οικονομικής ύφεσης. Παράλληλα, επιδιώκεται η μελέτη των επιπτώσεων που είχε αυτή η μεταβολή στις δαπάνες και στη λειτουργία του Νοσοκομείου. Τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν μέσα από τη μελέτη αυτή θα εστιάζονται στην επίδραση της οικονομικής κρίσης από τη μία και στην αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν κατά τη δημοσιονομική προσαρμογή από την άλλη στη ζήτηση των εργαστηριακών εξετάσεων στο Νοσοκομείο, αποτελώντας χρήσιμα δεδομένα που θα συνεκτιμηθούν στη διοίκηση, την οργάνωση και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας που θα παρέχει στο μέλλον.

Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Με τον όρο «υπηρεσίες υγείας» προσδιορίζονται το σύνολο των παρεχόμενων φροντίδων υγείας και ιατρικής περίθαλψης, και γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή τους, ώστε να καλυφθούν οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού^{2,12}. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αναφέρονται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και στο σύνολο ενός πληθυσμού μια κοινότητας ή χώρας, περικλείοντας και δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, ενώ οι υπηρεσίες περίθαλψης αναφέρονται σε εκείνες τις υπηρεσίες που παρέχονται όταν τα άτομα έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

2.1 Χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού για τις οποίες παρέχονται, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διαθέτουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά¹². Πιο συγκεκριμένα:

α. διαθεσιμότητα: οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι πρώτα απ'όλα άμεσα διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτησή τους και καθ'όλη τη διάρκεια του 24ώρου και του χρόνου.

β. προσπελασιμότητα: αναφέρεται στη τοποχρονική δυνατότητα όλων των πολιτών να τις προσπελάσουν ώστε να τις χρησιμοποιήσουν. Κάθε πολίτης της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής που καλύπτουν οι υπηρεσίες και καθ'όλη τη διάρκεια του 24ώρου θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης της ιατρικής φροντίδας και της περίθαλψης.

γ. συνέχεια προσφοράς: ώστε να καλύπτονται όχι μόνο η αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας για το οποίο ανατρέχει ο πολίτης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και τα στάδια πριν (πρόληψη) και μετά (αποκατάσταση) την εμφάνιση του προβλήματος αυτού.

δ. ισότητα στη χρήση υπηρεσιών: έχει δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς και αναφέρεται τόσο στην ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα) όσο και την άνιση μεταχείριση μεταξύ μη ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα)

ε. αποδοχή: οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η αποδοχή αυτή αναφέρεται κυρίως στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων που τις παράγουν και τις προσφέρουν, καθώς και στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων των μονάδων υγείας που τις παρέχουν, και

στ. οργανωτικό επίκεντρο: οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εστιάζουν σε συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών υγείας, όπως πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2.2 Οι ιδιαιτερότητες του αγαθού «υγεία»

Η υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση και μέσο για την επίτευξη των στόχων κάθε ατόμου, την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του, αλλά και θεμέλιο κάθε μορφής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού. Ο WHO έχει διακηρύξει ότι «η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης»¹³.

Σε κάθε οργανωμένη κοινωνία υπάρχουν δομές και υποδομές που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ'επέκταση της υγείας των πολιτών της και συνιστούν το υγειονομικό της σύστημα². Μέσα σε κάθε σύστημα υγείας παρέχεται η φροντίδα υγείας, που αποτελεί εμπορεύσιμο αγαθό καθώς περιλαμβάνει υπηρεσίες και αγαθά που παράγονται και καταναλώνονται. Η κατανάλωση του αγαθού της φροντίδας υγείας εκτός από την κατάσταση της υγείας των ατόμων εξαρτάται και από το εισόδημά τους, τις προτιμήσεις τους και από τις σχετικές τιμές, μοιάζοντας έτσι με τα υπόλοιπα αγαθά¹⁴.

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Arrow, το αγαθό «υγεία» είναι τελείως διαφορετικό από τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και οι δυνάμεις της αγοράς δεν είναι σε θέση να προσφέρουν αποτελεσματική και κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας¹⁵. Στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα της Ευρώπης, αλλά και στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου,

επικρατεί γενικά η άποψη ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και οπότε, έπειτα από κρατική παρέμβαση, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να κατανέμονται βάσει των υγειονομικών αναγκών των πολιτών και όχι βάσει εισοδηματικών ή ταξικών κριτηρίων. Επομένως, κάθε πολίτης θα πρέπει να έχει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να απολαμβάνει ισότιμη ιατρική φροντίδα. Ως δημόσιο αγαθό η υγεία δεν υπόκειται στους νόμους της αγοράς, επειδή στον τομέα της υγείας επικρατούν αρχές και παράγοντες που αντίκεινται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς¹⁶. Εξετάζοντας τη δομή, την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των σύγχρονων συστημάτων υγείας εντοπίζονται ορισμένες ιδιοσυγκρασίες που τα χαρακτηρίζουν και οι οποίες είναι:^{17, 18}

α) ασύμμετρη πληροφόρηση: η πληροφόρηση για την ασθένεια, τη διάγνωση και τη θεραπεία προέρχεται αποκλειστικά από τους ιατρούς, που λειτουργούν ως εκπρόσωποι (agents) των ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν τις επιστημονικές γνώσεις και την κατάλληλη πληροφόρηση για το πρόβλημα της υγείας τους και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να λειτουργούν ως κυρίαρχοι - ορθολογικοί καταναλωτές.

β) αβεβαιότητα: τόσο η στιγμή, η έκταση και το κόστος της ζήτησης όσο και το αποτέλεσμα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι απρόβλεπτα. Η ασφάλιση αποτελεί το συνήθη μηχανισμό αντιμετώπισης της αβεβαιότητας.

γ) ηθικός κίνδυνος (moral hazard): υπό καθεστώς πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο ο ασθενής – χρήστης όσο και το υγειονομικό δυναμικό δεν σκέφτονται οικονομικά και αποδοτικά ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα τόσο η συχνότητα όσο και το κόστος της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας να εμφανίζουν αυξητικές τάσεις.

δ) δυσμενής επιλογή – ανισότητες: μεροληπτική επιλογή ατόμων με βάση τον ατομικό κίνδυνο της υγείας τους και την οικονομική τους δυνατότητα (π.χ. αποκλεισμός χρονίων πασχόντων, ανέργων, κ.α.)

ε) εξωτερικές συνέπειες: η χρήση ορισμένων υπηρεσιών υγείας δεν προσφέρει μόνο ατομική ευημερία, αλλά τα οφέλη τους διαχέονται στην κοινωνία (π.χ. εμβολιασμοί)

στ) μονοπωλιακές τάσεις: απορρέουν από την έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των ιατρών, τη γεωγραφική τους ανισοκατανομή και την πληθώρα ιατρών και ορισμένων ειδικοτήτων, την προσκόλληση των ασθενών στον ιατρό της εμπιστοσύνης τους και από περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν μπορεί να επιλέξει ιατρό ή νοσοκομείο (π.χ. ατύχημα, μοναδικό τοπικό νοσοκομείο).

Αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της φροντίδας υγείας παρουσιάζουν διακύμανση ως προς την έκταση και το βαθμό που εντοπίζονται στα διάφορα συστήματα υγείας. Η διακύμανση αυτή εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του υγειονομικού της συστήματος, δηλαδή τις πηγές χρηματοδότησής του, τον τρόπο αμοιβής και τη σχέση εργασίας των προμηθευτών, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους, τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τη γενικότερη πολιτική και κοινωνικο-οικονομική φιλοσοφία κάθε κοινωνίας.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να διαχωρισθεί από την γενικότερη ανάγκη του ατόμου για υπηρεσίες υγείας, καθώς αποτελεί μια έννοια πιο συγκεκριμένη και επηρεάζεται, εκτός από την ανάγκη αυτή, και από πολλούς άλλους παράγοντες. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι η υλοποίηση της απόφασης για προσφυγή στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Αποτελεί, επομένως, μια συνειδητή πράξη για την απόφαση και την υλοποίηση της οποίας επιδρούν πολυποίκιλοι παράγοντες, οι οποίοι είναι σημαντικό να αναλυθούν τόσο για την κατανόηση των πραγματικών υγειονομικών αναγκών μιας κοινωνίας ή μιας περιόδου όσο και για το σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών υγείας¹⁹.

Διάφορα μοντέλα έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να αναλυθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν και ερμηνεύουν τη ζήτηση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με το «συμπεριφορικό μοντέλο» του R. M. Andersen, οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: σε εκείνους που προδιαθέτουν (predisposing), όπως είναι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοί, στους παράγοντες που διευκολύνουν (enabling), όπως είναι οι οργανωτικοί και οι οικονομικοί, καθώς και τις ανάγκες υγείας του ατόμου, συνειδητές ή μη²⁰. Μέσα από την διεθνή βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας δεν προέρχεται μόνο από τους ασθενείς, τις ανάγκες, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τις δυνατότητές τους, αλλά και από το ίδιο το υγειονομικό σύστημα, τον τύπο και τη δομή του ακόμα και μέσα από διοικητικούς και οργανωτικούς παράγοντες.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση και τη χρήση για υπηρεσίες υγείας είναι:

α) η ανάγκη για υγεία: κάθε άνθρωπος επιθυμεί και διεκδικεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας. Η «ανάγκη υγείας» αναφέρεται σε κάθε κατάσταση υγείας του ατόμου για την οποία μπορεί να προσφύγει στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή η διαφορά μεταξύ του υφιστάμενου και του ιδεώδους (επιθυμητού) επιπέδου υγείας. Η ανάγκη αυτή έχει δυο διαστάσεις: την υποκειμενική και την αντικειμενική^{14, 20, 21}. Η πρώτη αναφέρεται στην προσωπική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας από το ίδιο το άτομο, το οποίο ανεξάρτητα αν εντοπίζει ή αισθάνεται συμπτώματα, μπορεί ή όχι να αναζητήσει τις υπηρεσίες υγείας και να κάνει χρήση αυτών. Η δεύτερη αφορά στην διαπιστωμένη παρουσία συμπτωμάτων, που αποτελούν μια αντικειμενική πραγματικότητα, που μπορεί να το οδηγήσει στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Ο Bradshaw διέκρινε τέσσερα είδη αναγκών²²: 1) την διαπιστωμένη (ή πραγματική) ανάγκη, που είναι αυτή που ο πάροχος υγείας (συνήθως ιατρός) με την επιστημονική του γνώση και εμπειρία αποφασίζει ότι χρειάζεται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας ενός ατόμου 2) την αισθανόμενη (συνειδητή) ανάγκη, η οποία είναι αυτή που αντιλαμβάνεται το άτομο ή το στενό του περιβάλλον, 3) την εκφραζόμενη ανάγκη, η οποία είναι η αισθανόμενη ανάγκη όταν μετατρέπεται σε ζήτηση και 4) την συγκριτική ανάγκη, η οποία είναι αυτή που προκύπτει όταν οι ανάγκες ενός πληθυσμού που χρησιμοποιεί συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας αντιστοιχισθούν σε έναν άλλο πληθυσμό με παρόμοια χαρακτηριστικά.

Οι «συνειδητές ανάγκες» (felt needs) αναφέρονται σε πραγματικές ανάγκες και είναι αυτές που κατά κύριο λόγο εκδηλώνονται με ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, αν και είναι δυνατό άτομα με συνειδητές ανάγκες να μην προσφεύγουν πάντα σε αυτές. Οι «μη συνειδητές ανάγκες» αφορούν επίσης σε πραγματικές ανάγκες αλλά δεν εκδηλώνονται μέσω της ζήτησης. Οι ασθενείς συνήθως μετατρέπουν τα πραγματικά (ή μη) ατομικά τους προβλήματα υγείας σε εκδήλωση ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, ωστόσο ο πάροχος υγείας στον οποίο προσφεύγουν δεν είναι απαραίτητο να συμφωνεί με τις προσωπικές εκτιμήσεις ή επιθυμίες των ασθενών για το επίπεδο της υγείας τους, όπως επίσης μπορεί να θεωρήσει μη αντιληπτά από τον ασθενή συμπτώματα ή σημεία ότι χρήζουν περαιτέρω αντιμετώπισης. Επομένως, η αιτία για οποιαδήποτε μορφή ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι η επιθυμία κάθε ατόμου για την διατήρηση ενός άριστου ή τουλάχιστον σταθερού επιπέδου υγείας και εφόσον αυτή αξιολογηθεί από τον επαγγελματία υγείας και κριθεί απαραίτητη μετατρέπεται σε ανάγκη. Επιπρόσθετα, ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ατόμου και το είδος του ατομικού προβλήματος που αντιμετωπίζει επηρεάζεται και η συχνότητα της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Εάν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα σοβαρό ή ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας (όπως για παράδειγμα οι καρκινοπαθείς ή τα άτομα με

Σακχαρώδη Διαβήτη, κτλ.) προκύπτει μεγαλύτερη ανάγκη για συχνότερη και εκτεταμένη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, εργαστηριακές εξετάσεις, υποβολή σε θεραπευτικά σχήματα, αντιμετώπιση επιπλοκών, κτλ.

β) δημογραφικοί παράγοντες: ένας από τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με την υγεία και την συμπεριφορά απέναντι στα προβλήματα που τυχόν ανακύπτουν και κατ'επέκταση και ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι αναμφίβολα το φύλο. Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες έχουν την τάση να αναζητούν και να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας από ό,τι οι άντρες^{23, 24}. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί αναλύοντας πρώτα από όλα το διαφορετικό ρόλο και τη στάση ζωής που παρουσιάζουν τα δύο φύλα. Είναι γεγονός ότι οι άνδρες ακολουθούν έναν πιο στερεότυπο τρόπο ζωής, από νεαρή κιόλας ηλικία, που πηγάζει από την κοινωνική αντίληψη του αντρικού προτύπου²⁵. Σύμφωνα με αυτό ένας άνδρας είναι ανεξάρτητος και ισχυρός, έχει αρχηγικό ρόλο, δουλεύει σκληρά, είναι λιγότερο ευάλωτος και ανθεκτικός στην ασθένεια και τον πόνο. Πολλοί άνδρες φαίνεται να μην δίνουν την δέουσα προσοχή στην εκδήλωση των διαφόρων συμπτωμάτων, καθώς θεωρούν το σώμα τους άτρωτο και ότι μπορούν να ξεπεράσουν σύντομα μόνοι τους το όποιο πρόβλημα παρουσιασθεί. Η αναζήτηση για αυτούς ιατρονοσηλευτικής βοήθειας αποτελεί εκδήλωση αδυναμίας και ανικανότητας, ενώ η εξάρτησή τους από άλλους, κυρίως συγγενείς, κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης του προβλήματος τους γεμίζει με πρόσθετο άγχος και με απώλεια αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, η πολύωρη απασχόληση ενός άνδρα στην εργασία του μειώνει το χρόνο που διαθέτει προκειμένου να ασχοληθεί με την κατάσταση της υγείας του, ενώ ο φόβος από την απώλεια εργατοωρών σε περίπτωση εκδήλωσης ασθένειας τους αναγκάζει να μην ανατρέχουν σε μονάδες φροντίδας υγείας και να αποφεύγουν την μακροχρόνια αποχή από την εργασία όταν απαιτείται από τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση. Από την άλλη πλευρά, το γυναικείο σώμα θεωρείται πιο ευάλωτο στις ασθένειες και οι γυναίκες εντοπίζουν πιο συχνά και πιο εύκολα μεταβολές στο σώμα τους, εκδηλώνοντας πιο έντονα την ανησυχία τους για την κατάσταση της υγείας τους^{26, 27}. Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία απέναντι σε συμπτώματα που συνοδεύονται με πόνο και ο βαθμός ανικανότητας που προκύπτει κατά την ασθένεια είναι μεγαλύτερος σε σχέση με την ανθεκτικότητα που εμφανίζουν οι άνδρες. Η φροντίδα για την υγεία θεωρείται γυναικεία έγνοια, ενώ ο ρόλος της γυναίκας στην οικογένεια περιλαμβάνει και τη φροντίδα αυτή για τα μέλη της. Ωστόσο, οι αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις μιας γυναίκας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται και από εργασιακές, ενδέχεται να την οδηγήσουν

στην πλημμελή ενασχόληση με την κατάσταση της υγείας της, θέτοντάς την σε δεύτερη μοίρα, και στην αναβολή αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, δεν πρέπει να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι η μακροβιότητα που εμφανίζει ο γυναικείος πληθυσμός σε σχέση με τον ανδρικό, αποτελεί άλλο ένα παράγοντα που ερμηνεύει την μεγαλύτερη αναζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες²⁸. Σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ^{29, 30}, το 2009 στην Ελλάδα τα προσδόκιμα επιβίωσης των γυναικών ήταν υψηλότερα από αυτά των ανδρών (82,6 και 77,8 έτη στη γέννηση, αντίστοιχα). Επιπλέον, οι άνδρες ζουν περισσότερα χρόνια με καλή υγεία απ' ό,τι οι γυναίκες (64 έναντι 62,4 έτη στη γέννηση, αντίστοιχα). Επόμενως, οι γυναίκες που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία, όπου η κατάσταση της υγείας είναι επιβαρυνμένη και οι ασθένειες συχνότερες, επισκέπτονται περισσότερο τις μονάδες φροντίδας υγείας.

Εκτός από τη συχνότητα της αναζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας που εντοπίζονται ανάμεσα στα δύο φύλα, διαφορές εμφανίζουν μεταξύ τους και ως προς το είδος των υπηρεσιών υγείας στις οποίες καταφεύγουν^{31, 32, 33}. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο υπηρεσίες προληπτικής και διαγνωστικής ιατρικής και ψυχικής φροντίδας, σε αντίθεση με τους άνδρες που κάνουν μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες λόγω των συχνών μεταβολών που υφίσταται το σώμα τους και λόγω του ότι νιώθουν περισσότερο ευάλωτες ενδιαφέρονται περισσότερο στο να κρατήσουν το επίπεδο υγείας τους στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αξιοποιώντας τις δυνατότητες της προληπτικής, γυναικολογικής κυρίως, ιατρικής. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχιατρικών νοσημάτων, κυρίως αγχωδών διαταραχών, εξαιτίας τόσο της γυναικείας ευμετάβλητης και ορμονοεξαρτώμενης φύσης όσο και των πολλαπλών κοινωνικών τους ρόλων που προσπαθούν να ανταπεξέλθουν. Αντίθετα, οι άνδρες λόγω της αναβλητικότητάς τους στην αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, αναγκάζονται να καταφύγουν σε αυτές μόνο σε εξαιρετικές επείγουσες ανάγκες και αφού το πρόβλημα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, απαιτώντας πολλές φορές και την περαιτέρω νοσηλεία τους. Επιπλέον, υπάρχουν συμπτώματα που θα αξιολογηθούν διαφορετικά ως προς τη βαρύτητα και την ένδειξή τους από τα δύο φύλα, όπως για παράδειγμα έναν πόνο στο στήθος ένας άνδρας μπορεί να τον αποδώσει σε πιθανό καρδιακό επεισόδιο και να αναζητήσει επείγουσα φροντίδα, ενώ μια γυναίκα σε μια κρίση άγχους³⁴.

Ένας άλλος δημογραφικός παράγοντας που είναι επίσης καθοριστικός στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ηλικία. Η φθορά της υγείας με το πέρασμα των χρόνων θεωρείται μια φυσιολογική εξέλιξη με αποτέλεσμα οι μεγάλες ηλικιακές ομάδες του

πληθυσμού να εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας. Επομένως, η ηλικία επηρεάζει αυξητικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ορισμένες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α., στον Καναδά και την Ευρώπη έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι καταναλίσκουν πέντε έως επτά φορές περισσότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον μέσο όρο κατανάλωσης όλων των ηλικιών¹⁷. Στις μεγαλύτερες ηλικίες εκδηλώνονται οι σοβαρότερες μορφές των νοσημάτων, συνήθως χρόνιων, που απαιτούν περισσότερες επισκέψεις στις ιατρονοσηλευτικές μονάδες, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η νοσηλεία στα Νοσοκομεία είναι παρατεταμένη και πιο κοστοβόρα και αρκετές φορές χρειάζεται η περίθαλψη σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Φροντίδας. Επίσης, οι ηλικιωμένοι παθαίνουν συχνότερα ατυχήματα, τα οποία σε μεγάλο ποσοστό είναι σοβαρά ή και θανατηφόρα³⁵. Η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, εξαιτίας της συνεχούς αύξησης της υπογεννητικότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα και τις ανεπτυγμένες χώρες γενικότερα, επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην επιδημιολογία και στα νοσολογικά χαρακτηριστικά του, όπως καρδιόπαθειες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σακχαρώδης διαβήτης, νεοπλασματικά νοσήματα, υπέρταση και προβλήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, κ.α. Πράγματι, ο παιδικός πληθυσμός στην Ελλάδα μειώθηκε από 28.8% το 1951 σε 14% το 2008 και ο γεροντικός (>65 ετών) αυξήθηκε από 6.7% σε 18% το αντίστοιχο διάστημα, ενώ παρόμοιες τάσεις προβλέπονται μέχρι το 2050^{36,37}. Σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ., ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το 9,3% σε 17,8% και το προσδόκιμο επιβίωσης υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί στην Ελλάδα από 80,2 έτη στα 83,5 έτη. Έτσι οι ανάγκες για υγεία και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, κυρίως χρόνιας φροντίδας, είναι αυξημένες τις τελευταίες δεκαετίες εξαιτίας του φαινομένου της γήρανσης.

γ) κοινωνικοί παράγοντες: το οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης για την ανάγκη υγείας και στην εκτίμηση της αναγκαιότητας για ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας^{38, 39, 40, 41}. Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου μπορεί να λειτουργήσει ενθαρρυντικά ή αποτρεπτικά στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Ανάλογα με τις πεποιθήσεις που διαμορφώνονται στην οικογένεια σχετικά με το επίπεδο υγείας, τον τρόπο και τη δυνατότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων που τυχόν ανακύπτουν, κάθε μέλος της μπορεί να έχει το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον ώστε να αρέσκειται στην παροχή φροντίδας από κάποιον μη ειδήμονα (σύντροφο, γονέα) χωρίς να ανατρέχει σε υπηρεσίες υγείας⁴². Από την άλλη πλευρά, η παρατήρηση συμπτωμάτων του πάσχοντα από μέλη της οικογένειας μπορεί να λειτουργήσει προτρεπτικά στον ασθενή να επισκεφθεί κάποιο

ιατρό. Η συζήτηση με μέλη της οικογένειας (συνηθέστερα σύντροφο) ή με το άμεσο φιλικό περιβάλλον και η παροχή συμβουλών εκ μέρους τους ενδέχεται να βοηθήσει στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων σχετικά με τη σοβαρότητά τους και να αρθούν οι όποιες αναστολές του ως προς την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Άτομα μοναχικά χωρίς οικογένεια ή στενό φιλικό περιβάλλον ενδεχομένως να υποεκτιμούν τα συμπτώματά τους ή να μην έχουν την απαραίτητη υποστήριξη προκειμένου να ανατρέξουν σε υπηρεσίες υγείας. Επίσης, οι κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με τη νόσο και για ορισμένες ασθένειες (κοινωνικό στίγμα) λειτουργεί πολλές φορές αποτρεπτικά για τα άτομα που πάσχουν ή φοβούνται ότι πάσχουν από ασθένειες, όπως για παράδειγμα το AIDS ή ψυχιατρικές διαταραχές τόσο ως προς τη συζήτηση με το οικείο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους του προβλήματός τους, όσο και ως προς την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής συνδρομής⁴³. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις που επικρατούν στην κοινωνία και το οικογενειακό περιβάλλον μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη στάση του ατόμου απέναντι στη νόσο και στην ιατροφαρμακευτική υποστήριξη⁴⁴. Ανάλογα με το εάν αυτές οι πεποιθήσεις αποδέχονται ή όχι τη συμβολή της ιατρικής, και σε ποιο βαθμό, στην διατήρηση και την αποκατάσταση του επιπέδου υγείας του ανθρώπου καθορίζεται και ο βαθμός που το άτομο θα ανατρέξει στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ή ακόμα και θα τις αποφύγει αντίστοιχα. Εξάλλου, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο κάποια άτομα να προσπαθούν να ελέγξουν τα συμπτώματά τους μέσα από την εκδήλωση της πίστης τους ή να εναποθέτουν τις ελπίδες τους για ίαση σε κάποια ανώτερη δύναμη

δ) γνωστικό επίπεδο: Η εκπαιδευτική επάρκεια και το επίπεδο μόρφωσης ενός ατόμου επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Όσο μεγαλύτερη η εκπαιδευτική βαθμίδα που κατέχει ένα άτομο τόσο καλύτερη η κατάσταση της υγείας του και το επίπεδο διαβίωσης του γενικότερα και ορθολογικότερη η αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας^{45, 46}. Το μορφωμένο άτομο έχει καλύτερη γνώση των κινδύνων της υγείας, τους οποίους προσπαθεί να αποφύγει και ακολουθεί έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής, όπως κατάλληλη διατροφή και άσκηση, λιγότερες κακές έξεις, κ.ά., δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα σε προληπτικές πρακτικές και υπηρεσίες και προσφεύγει έγκαιρα στο σύστημα υγείας κάθε φορά που επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας του ή σε περίπτωση ενός ατυχήματος. Συνακόλουθα, το επίπεδο το γνώσεων του ατόμου σχετικά με μια ορισμένη νόσο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την αναζήτηση και χρήση ιατρικών υπηρεσιών. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων μιας ασθένειας και η ορθή αξιολόγηση του κινδύνου που ενδεχομένως να έχουν για την κατάσταση της υγείας κινητοποιεί το άτομο προς την κατεύθυνση της άμεσης ζήτησης και χρήσης κατάλληλης

υγειονομικής φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενός ατόμου ενδέχεται, πέρα από το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης του, να το οδηγήσει σε άγνοια των κινδύνων και σε υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, ενώ οι αντιλήψεις του περί υγείας, πρόληψης και ιατροφαρμακευτικής υποστήριξης να είναι περισσότερο στερεότυπες και αποτρεπτικές^{47, 48}.

ε) οικονομικοί παράγοντες: το εισόδημα του ατόμου επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας^{42, 45, 46, 49, 50}. Είναι γνωστόν ότι το υψηλό εισόδημα αυξάνει την οικονομική δυνατότητα του ατόμου για τη ζήτηση και την κατανάλωση οποιουδήποτε αγαθού. Η θετική σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της ζήτησης αφορά και το αγαθό της υγείας, καθώς κάθε άτομο με ανώτερο οικονομικό επίπεδο έχει την ικανότητα να αναζητά άμεσα και έγκαιρα υπηρεσίες υγείας κάθε φορά που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα. Αντίθετα, η τυχόν οικονομική επιβάρυνση που μπορεί να προκύψει από την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και από το κόστος της φαρμακευτικής θεραπείας αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, τα οποία υιοθετούν μια πιο μοιρολατρική-παθητική στάση απέναντι στην ασθένεια. Επιπρόσθετα, τα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διαμορφώνουν και διατηρούν ένα καλό επίπεδο υγείας, σε αντίθεση με τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα που χαρακτηρίζονται από αδιάφορη στάση απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Πράγματι, το χαμηλό εισόδημα, η φτώχεια, οι εργασιακές συνθήκες, η ανεργία, η έλλειψη σταθερότητας και η ανασφάλεια επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσης, όπως την κατοικία, τις συνθήκες υγιεινής, την διατροφή και την καύσιμη ύλη για τη θέρμανση. Η έλλειψη υλικών παραγόντων επηρεάζει τον τρόπο ζωής των οικονομικά αδυνάτων αναγκάζοντας τους να υιοθετούν πολλές φορές επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης, κ.α. Επίσης, τα άτομα με καλή οικονομική κατάσταση ανατρέχουν και κάνουν χρήση διαφορετικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς ασθενέστερους, όπως υπηρεσίες ιδιωτικών παρόχων, προληπτικής ιατρικής, εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ενώ οι δεύτεροι αρκούνται πολλές φορές στη βοήθεια ενός γενικού ιατρού ή υπηρεσιών δημόσιων φορέων υγείας αποφεύγοντας την ακριβότερη χρήση υπηρεσιών ιατρών ειδικότητας.

στ) ψυχολογικοί παράγοντες: η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για το πόσο επιδεκτικό είναι στις ασθένειες, αλλά και σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που βιώνει επηρεάζει και τη συχνότητα που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας^{51, 52, 53}. Ένα άτομο που νιώθει ευαίσθητο και δεν μπορεί να αντέξει συμπτώματα που επηρεάζουν την

ψυχοσωματική του ισορροπία, ιδιαίτερα αυτά που συνοδεύονται από πόνο ή εμφανή αλλοίωση της εξωτερικής του εμφάνισης ανατρέχει ευκολότερα στις υπηρεσίες υγείας για βοήθεια⁴². Ακόμα περισσότερο συμβαίνει αυτό όταν πρόκειται για συμπτώματα που επιδεινώνονται ή πλαισιώνονται από νέα ή όταν επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Σε μεγαλύτερο βαθμό, αυτό το παρουσιάζουν άτομα νευρωτικά ή υποχονδριακά, τα οποία δείχνουν μεγαλύτερη ευαισθησία και επικεντρώνονται στην συνεχή παρατήρηση σωματικών συμπτωμάτων αξιολογώντας τα ως σοβαρότερα από ό,τι είναι στην πραγματικότητα, γεγονός που τους οδηγεί στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας⁵⁴. Επιπλέον, η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου σχετικά με ασθένειες, είτε αφορούσαν τον ίδιο είτε οικείους του, ιδιαίτερα όσων η αντιμετώπισή τους συνοδεύονταν από δύσκολες και επώδυνες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενδέχεται να προκαλεί αισθήματα φόβου και να επηρεάσει αρνητικά την απόφαση του ατόμου να αναζητήσει ιατρονοσηλευτική φροντίδα⁵⁵.

ε) τιμές: είναι γνωστόν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της τιμής ενός καταναλωτικού αγαθού και της ζήτησης για αυτό⁵⁶. Το ίδιο ισχύει και για τις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή υπάρχει αρνητική συσχέτιση της συχνότητας των ιατρικών επισκέψεων και της τιμής. Όσο πιο υψηλή είναι η τιμή (αμοιβή) του ιατρού ή μιας διαγνωστικής εξέτασης, τόσο μικρότερη θα είναι η ζήτηση για τις αντίστοιχες υπηρεσίες, καθώς ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού θα αδυνατεί να καταβάλλει το υψηλό αυτό αντίτιμο. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται συχνότερα σε συστήματα υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, όπως είναι το σύστημα υγείας στις Η.Π.Α., και λιγότερο συχνά σε δημόσια συστήματα υγείας, όπου ένα σημαντικό πλήθος ιατρικών πράξεων παρέχονται δωρεάν (μηδενική τιμή) από τους δημόσιους παρόχους υγείας ή είναι συνάρτηση της ασφαλιστικής κάλυψής τους. Ωστόσο, όπως προκύπτει από διάφορες οικονομετρικές μελέτες που έγιναν για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η υγεία είναι ένα ανελαστικό αγαθό¹⁷. Αυτό σημαίνει ότι λόγω της δεδομένης υγειονομικής ανάγκης, μια αύξηση της τιμής των υπηρεσιών υγείας κατά 10% πολύ λίγο θα επηρεάσει τη ζήτηση. Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει ένας βαθμός διαφοροποίησης του αγαθού υγείας, καθώς δεν υπάρχει ένας τύπος φροντίδας υγείας, αλλά μια ποικιλία ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών που σε κάθε μία αντιστοιχεί και μια τιμή, και των οποίων η ζήτησή εξαρτάται εν πολλοίς από τις προσωπικές προτιμήσεις του ατόμου-καταναλωτή.

στ) ασφαλιστικός φορέας κάλυψης: η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης¹⁹. Σε συστήματα υγείας όπου υπάρχει καθολική κάλυψη των δαπανών υγείας μέσω των εθνικών συστημάτων

ασφάλισης, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι μεγαλύτερη, καθώς εκλείπει το εμπόδιο της οικονομικής επιβάρυνσης του ατόμου-καταναλωτή. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχει το ενδεχόμενο ανάπτυξης του φαινομένου του «ηθικού κινδύνου» (moral hazard) όπου τόσο ο ασθενής – χρήστης όσο και το υγειονομικό δυναμικό δεν σκέφτονται οικονομικά και αποδοτικά ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα η ζήτηση και το κόστος υπηρεσιών υγείας να εμφανίζουν αυξητικές τάσεις^{57, 58}. Αντίθετα, εάν η παρεχόμενη δημόσια περίθαλψη από το κράτος ή το κοινωνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι χαμηλού επιπέδου, τότε το άτομο θα προσφύγει στις ιδιωτικές ιατρικές υπηρεσίες, όπου η χρήση τους εξαρτάται τόσο από την τιμή όσο και από το εισόδημα του ατόμου⁵⁹.

ζ) προσπελασιμότητα: αναμφίβολα η δυνατότητα ή μη άμεσης και έγκαιρης προσπέλασης των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει και τη ζήτηση τους^{19, 60}. Οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες μιας χώρας ή μιας περιοχής, το πλήθος και ο τρόπος που είναι κατανομημένοι οι φορείς φροντίδας υγείας, ο οργανωτικός τρόπος λειτουργίας τους, η επάρκεια μέσων πρόσβασης, ακόμα και η ανάπτυξη του συγκοινωνιακού δικτύου επηρεάζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και επομένως και τη ζήτησή τους⁶¹. Όταν ένα σύστημα υγείας είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε οι υποδομές του να καλύπτουν το σύνολο των αναγκών του πληθυσμού, τοπικά και χρονικά, δημιουργούνται ευνοϊκές συνθήκες για αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών του. Οι αστικές και αγροτικές περιοχές διαφέρουν ως προς την δυνατότητα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας λόγω κόστους. Τα δημόσια υγειονομικά συστήματα είναι οργανωμένα σε γεωγραφική βάση και σχετίζονται άμεσα με την κατανομή των υγειονομικών πόρων και τη χρηματοδότηση. Κάτοικοι δύσβατων, μικρών και απομονωμένων περιοχών αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση κυρίως σε εξειδικευμένους γιατρούς και σε διαγνωστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται κυρίως όσοι αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας, να εγκατασταθούν μόνιμα σε αστικά κέντρα ή να επιβαρύνονται κάθε φορά το κόστος μεταφοράς και διαμονής στην πόλη όπου υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες υγείας για το πρόβλημά τους. Επίσης, είναι γεγονός ότι όσο μικρότερος είναι ο χρόνος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας τόσο πιο αυξημένη η ζήτησή τους¹⁷. Σε αυτόν συνυπολογίζονται διάφορες μορφές του χρόνου, όπως ο χρόνος μεταφοράς στα εξωτερικά ιατρεία, ο χρόνος αναμονής πριν την εξέταση ή μια επέμβαση, κ.α. Εκτός από τους παράγοντες αυτούς, η δυνατότητα πρόσβασης στις δομές υγείας εξαρτάται και από οικονομικούς παράγοντες, όπως ήδη προαναφέρθηκε. Αυτοί αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο καλύπτεται το κόστος παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και αφορά στην ασφαλιστική

κάλυψη, το ποσοστό συμμετοχής του χρήστη στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων και της φαρμακευτικής περίθαλψης και του διαθέσιμου εισοδήματός του, στον τρόπο αμοιβής του ιατρού, κ.α.. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η απρόσκοπτη και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πρωτεύον και κυρίαρχο ζητούμενο της πολιτικής υγείας για κάθε χώρα-κράτος⁶². Η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών είναι κατοχυρωμένη συνταγματικά στα περισσότερα κράτη.

η) οργανωτικοί παράγοντες: ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και η διασύνδεση μεταξύ τους στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικοί για την εκδήλωση της ζήτησης¹⁹. Πιο συγκεκριμένα, ένα σύστημα υγείας με μια πλήρως αναπτυγμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και με ένα οργανωμένο σύστημα παραπομπών προς την εξειδικευμένη, εργαστηριακή και νοσοκομειακή φροντίδα δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για μια συγκρατημένη και εξορθολογισμένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, η έλλειψη ορθής διασύνδεσης μεταξύ αυτών των υγειονομικών δομών δημιουργεί υπερβολική και άσκοπη χρήση των υπηρεσιών που αυτές παρέχουν, κυρίως την εκτέλεση περιττών εργαστηριακών εξετάσεων και απευθείας αναζήτησης εξειδικευμένης ιατρικής γνώμης. Επιπλέον, η πολυπλοκότητα των διαδικασιών (διοικητική και λειτουργική) καθώς και η μέγιστη γραφειοκρατία που μπορεί να απαιτείται τόσο πριν όσο και κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (δικαιολογητικά ασφαλιστικού φορέα, υπεύθυνες δηλώσεις, παραπομπές, κ.α.) αποτελεί επίσης ανασταλτικό παράγοντα της χρήσης τους.

θ) διοικητικοί παράγοντες: διάφορα διαδικαστικά ζητήματα στο δημόσιο τομέα που απαιτούν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα η έκδοση πιστοποιητικών υγείας για το διορισμό εργαζομένων, για την απόκτηση διπλώματος οδήγησης, για την κατάταξη στις ένοπλες δυνάμεις ή την περιοδική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ενστόλων, για την απονομή συντάξεων αναπηρίας, για βεβαιώσεις ασθενείας, κ.ά. έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούν πρόσθετη ζήτηση σε αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας, ιδίως εργαστηριακές¹⁹.

η) ποιότητα υπηρεσιών υγείας: η ζήτηση εξαρτάται και από τον «βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση», που ορίζει και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας¹⁹. Η κατάλληλη κτιριακή υποδομή αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη οποιασδήποτε μονάδας υγείας

και την παροχή υπηρεσιών από αυτήν. Το επαρκές, το καλά καταρτισμένο και συνεχώς εκπαιδευόμενο επιστημονικό προσωπικό είναι απαραίτητο προκειμένου με τη σωστή γνώση και κρίση του να επιλεγούν και να εφαρμοσθούν οι κατάλληλες στρατηγικές φροντίδας. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη επαρκούς ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων συμβατών με τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και την πρόοδο της επιστήμης οδηγεί στην παροχή αποτελεσματικότερων και ασφαλών υπηρεσιών υγείας. Η σωστή, σύγχρονη οργάνωση και η λειτουργική διασύνδεση των τμημάτων μιας μονάδας παροχής φροντίδας υγείας δημιουργούν τις συνθήκες για παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, με μικρό χρόνο αναμονής και διεκπεραίωσης των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, με αποτέλεσμα ο ασθενής-χρήστης να απολαμβάνει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Τέλος, ο βαθμός ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και της κάλυψης των απαιτήσεών του (ανταποκρισιμότητα συστήματος υγείας) αποτελεί μείζονα δείκτη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Υπηρεσίες υγείας που διέπονται από παροχή ενδεδειγμένης φροντίδας από κατάλληλο εξειδικευμένο προσωπικό, αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα, συνέχεια και συνέπεια στην παροχή συντονισμένης φροντίδας με ασφάλεια και που ικανοποιούν σε σημαντικό βαθμό τις προσδοκίες των χρηστών χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και επηρεάζουν την απόφαση των ατόμων για προσφυγή ή όχι σε αυτές^{63, 64, 65}.

Κεφάλαιο Τρίτο

Εργαστηριακές εξετάσεις και υπηρεσίες υγείας

Οι εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται είτε σε δείγματα που ελήφθησαν από το σώμα του ασθενούς είτε πάνω σε αυτό και μπορεί να είναι απλές ή πολύπλοκες. Οι απλές εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με αξιοπιστία σε ένα ιατρείο ή ακόμα και στο σπίτι, ενώ οι περισσότερο πολύπλοκες απαιτούν ακριβό εξοπλισμό και προμήθειες, εξελιγμένες μεθόδους, τεχνικούς με υψηλή ειδικευση, και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό για να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα και συνήθως εκτελούνται σε μεγάλα εργαστήρια (νοσοκομειακά ή ανεξάρτητα). Οι εργαστηριακές εξετάσεις για να πραγματοποιηθούν απαιτούν συγκεκριμένο εξοπλισμό και διάφορα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση δειγμάτων, καθώς και τα αντιδραστήρια που χρειάζονται κατά την εκτέλεση των διαγνωστικών εξετάσεων.

Η συνεισφορά των διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιούν τα κλινικά εργαστήρια στους στόχους του συστήματος υγείας είναι σημαντική. Αποτελούν αναμφισβήτητα ένα ουσιαστικό στοιχείο της υψηλής ποιότητας της περίθαλψης καθώς οι εργαστηριακές εξετάσεις χρησιμοποιούνται κυρίως για τη διάγνωση της νόσου σε συμπτωματικά άτομα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των περισσότερων ιατρικών αποφάσεων, παρέχοντας συχνά στους κλινικούς ιατρούς καθοριστικές πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση των νοσημάτων⁶⁶.

3.1 Η σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων στις υπηρεσίες υγείας

Η σημασία της εργαστηριακής ιατρικής εντοπίζεται μέσα από τους πολλούς ρόλους που διαδραματίζει στη φροντίδα των ασθενών και την προστασία της δημόσιας υγείας⁶⁷. Αυτοί περιλαμβάνουν την κλινική εκτίμηση για την πιθανότητα μιας νόσου σε ένα ασθενή, την εργαστηριακή επιβεβαίωση της ύπαρξης μιας νόσου, παρέχοντας όλες εκείνες τις πληροφορίες που επιτρέπουν στους ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας για να προβούν στις κατάλληλες διαγνωστικές ή θεραπευτικές αποφάσεις βάσει αποδείξεων για

τους ασθενείς τους⁶⁸. Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος τους στον έλεγχο των ασυμπτωματικών ατόμων για τον εντοπισμό του κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου (προσυμπτωματικός έλεγχος)⁶⁹, στην ανίχνευση της νόσου στα αρχικά στάδια πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, στην επιλογή και την έγκαιρη εφαρμογή ασφαλών και αποτελεσματικών θεραπειών, καθώς και στον καθορισμό της χρονικής διάρκειάς τους, στο σχεδιασμό στρατηγικών διαχείρισης της νόσου, στην εκτίμηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας και την ανάλογη προσαρμογή της όταν απαιτείται, στην προστασία των ληπτών από επιβλαβή παθογόνα κατά την παροχή αίματος και μοσχευμάτων, στον εντοπισμό απειλών για την ασφάλεια των ασθενών και της δημόσιας υγείας, όπως οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, στην εκτίμηση των επιπέδων ανοσίας ατόμων και πληθυσμού, αλλά και στην ασφάλεια και την υγιεινή τροφίμων και υδάτων⁷⁰. Η συμβολή της εργαστηριακής ιατρικής είναι σημαντική κατά την τήρηση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (πρωτοκόλλων) που προτείνονται στη διαχείριση των περισσότερων κατηγοριών νοσημάτων, καθώς σε ένα μεγάλο ποσοστό αυτών εμπλέκονται εργαστηριακές εξετάσεις ή επικεντρώνονται σε αυτές. Τα πρωτόκολλα αυτά βοηθούν στην ταχεία ταυτοποίηση της νόσου, την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου, τη δημιουργία ενός θεραπευτικού σχεδίου, και τη διαχείριση- παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας⁷¹. Επιπλέον, από τις εργαστηριακές εξετάσεις προκύπτουν σημαντικές πληροφορίες που βοηθούν στην ασφαλή αντιμετώπιση των ασθενών, όπως η προ-εγχειρητική ή προ-θεραπευτική εκτίμηση που καθορίζουν την τρέχουσα ικανότητα του ασθενούς να υποβληθεί σε συγκεκριμένες επεμβάσεις ή θεραπείες αντίστοιχα⁷². Οι εργαστηριακές υπηρεσίες, επομένως, έχουν άμεσο αντίκτυπο σε πολλές πτυχές της φροντίδας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και της διάρκειας της παραμονής τους, της ασφάλειας των ασθενών, της αξιοποίησης των πόρων και της ικανοποίησης τους.

Επιπλέον, οι πρόσφατες σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της επιστήμης και της τεχνολογίας, όπως αυτές που σχετίζονται με μοριακό επίπεδο, γενετικές εξετάσεις ή ψηφιακές αναλύσεις, έχουν οδηγήσει σε αλλαγές στην κλινική πρακτική και στο «προφίλ» των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνται⁷³. Για παράδειγμα, οι γενετικές εξετάσεις είναι τώρα διαθέσιμες για περισσότερες από 1.700 ασθένειες. Οι τεχνολογίες που βασίζονται στο DNA, RNA, και τη σύνθεση πρωτεϊνών επιτρέπουν την αξιολόγηση των νοσηρών καταστάσεων σε μοριακό επίπεδο, υποστηρίζοντας έγκαιρη ανίχνευση και μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση για τη φροντίδα του ασθενή⁷⁴. Οι νέες τεχνικές δοκιμές τείνουν να είναι πιο ευαίσθητες και ειδικές, επιτρέποντας στους γιατρούς να ανιχνεύσουν, να διαγνώσουν και να διαχειρισθούν τη νόσο πιο αποτελεσματικά.

Ενώ η τεχνολογία συνεχίζει να βελτιώνει τις υπηρεσίες που παρέχουν τα σύγχρονα ιατρικά εργαστήρια, οι νέες τεχνολογίες μαζί με τις νέες ασθένειες και τα νέα στελέχη που είναι υπεύθυνα για την πρόκληση νόσων εξακολουθούν να οδηγούν στην ανάγκη για περισσότερες εξετάσεις και δοκιμές. Παγκόσμιες αλλαγές στο επιδημιολογικό προφίλ των νόσων (όπως αναδυόμενες λοιμώξεις ή αναζωπύρωση παλαιών), η ταχύτητα με την οποία ασθένειες μπορούν να εξαπλωθούν σε παγκόσμιο επίπεδο ακόμα και η εμφάνιση της βιοτρομοκρατίας οδηγούν στην ανάγκη για ταχεία διάγνωση με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας διαγνωστικών εργαλείων⁷⁵.

Ωστόσο, η στροφή προς νέα διαγνωστικά εργαλεία που προκάλεσε η πρόοδος και η αξιοποίηση της τεχνολογίας προκάλεσε αύξηση της δαπάνης υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Τα υψηλής τεχνολογικής αξίας, μεγάλης διαγνωστικής ακρίβειας και ταχύτερης εφαρμογής μέσα και αντιδραστήρια είναι κοστοβόρα, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται παράλληλα με παραδοσιακές τεχνικές, ενώ αξιώνουν και σημαντικές απαιτήσεις σε υποδομές και εξειδικευμένο προσωπικό. Σε ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης της δαπάνης υγείας σε 24 χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. τις δεκαετίες 1960–1970, 1970–1980 και 1980–1990, το 30% της αύξησης της δαπάνης υγείας αποδόθηκε στην επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στο χώρο της υγείας. Σε μεταγενέστερη μελέτη στις Η.Π.Α. για το διάστημα 1960–2007 όπου παρουσιάζει εννεαπλασιασμό της πραγματικής δαπάνης υγείας, το ποσοστό της αύξησης αυτής που αποδίδεται στην είσοδο της νέας ιατρικής τεχνολογίας ήταν 27–48%⁷⁶.

Επιπλέον, λόγω του ό,τι το προϊόν του εργαστηρίου είναι η πληροφορία που παρέχει προς τον αιτούντα των εργαστηριακών εξετάσεων (κλινικό ιατρό, ασθενή, φορέα), ένα μεγάλο μέρος της αλλαγής σχετικά με την τεχνολογία αφορά στα πληροφοριακά συστήματα που χρειάζονται να αναπτυχθούν σε μια μονάδα υγείας⁷⁷. Με την εφαρμογή τους δύναται να πραγματοποιείται η καταχώρηση των δημογραφικών στοιχείων των εξεταζομένων, η παρακολούθηση της εκτέλεσης των εξετάσεων και η προβολή των αποτελεσμάτων από και προς οποιοδήποτε χώρο της μονάδας υγείας σε κάθε στάδιο της περίθαλψης, η υποβολή των εκθέσεων για τα αποτελέσματα που προκύπτουν και η δυνατότητα παράδοσής τους σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή στους αιτούμενους. Τέλος, τα επιστημονικά δεδομένα που παράγονται από κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των επιδόσεων του παρόχου υγείας σε οργανωτικό, οικονομικό και ποιοτικό επίπεδο^{78,79}. Η ανάγκη ανάπτυξης ενός καλά

οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος με τη διασύνδεση όλων των τμημάτων που διενεργούν εξετάσεις σε μια μονάδα υγείας καθώς και με όλα τα υπόλοιπα τμήματα μπορεί βραχυπρόθεσμα να έχει οικονομικό κόστος, αλλά μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, μαζί απαραίτητα με τον έλεγχο της ζήτησης των εργαστηριακών εξετάσεων και την ορθή κοστολόγησή τους, καθιστά πιο αποδοτικό και περισσότερο ποιοτικό το σύστημα υγείας⁸⁰.

3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση των εργαστηριακών εξετάσεων

Όπως και σε άλλους τομείς της υγείας, τα ιατρικά εργαστήρια είναι υπό αυξανόμενη πίεση για τη μείωση του κόστους των εξετάσεων που διενεργούν, με παράλληλη όμως διατήρηση ή και βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχουν. Η προσοχή έχει επικεντρωθεί στην εργαστηριακή ιατρική ως ένας πιθανός τομέας συγκράτησης οικονομικών πόρων, προφανώς επειδή το πλήθος και το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων είναι ευκολότερο να προσδιορισθούν ποσοτικά και σε πραγματικά μεγέθη και να αξιολογηθούν οικονομοτεχνικά⁸¹. Οι εργαστηριακές εξετάσεις, ως μέρος των συνολικών προϋπολογισμών των νοσοκομείων ήταν σε μια αλματώδη άνοδο για δεκαετίες, σε σχέση με τις επισκέψεις των ασθενών. Παρ'ότι έχει υπολογισθεί ότι αντιπροσωπεύουν κατά μέσο όρο μόνο το 3% του ετήσιου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, τα σύγχρονα συστήματα υγείας στρέφονται όλο και περισσότερο στην διαχείριση της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις ένα άμεσο και εύκολο μέσο για τη μείωση των δαπανών υγείας τους⁸².

Εκτός από τους παράγοντες εκείνους, όπως αυτοί αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 2, που επηρεάζουν στο σύνολό τους τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κατ'επέκταση και τη ζήτηση εργαστηριακών εξετάσεων σε πολλές περιπτώσεις, υπάρχουν και ορισμένοι επιπλέον παράγοντες που επιδρούν ιδιαίτερα στη ζήτηση των εργαστηριακών εξετάσεων, όπως^{5, 81, 83, 84, 85}

- η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας: οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να ζητήσουν την διενέργεια εξετάσεων χωρίς επαρκή τεκμηρίωση της αιτιολογίας τους λόγω φόβου ή ανασφάλειας που πολλές φορές πηγάζει από την έλλειψη εμπειρίας και κατάλληλης εκπαίδευσης ή από την επιθυμία αποφυγής κινδύνου για την υγεία του ασθενή ή από την αβεβαιότητα που πάντα εμπεριέχει μια διαγνωστική εκτίμηση ή και ακόμα η ίδια εργαστηριακή εξέταση. Έχει εκτιμηθεί ότι οι ιατροί ευθύνονται για το

80% των εργαστηριακών εξετάσεων που εκτελούνται κατόπιν παραπομπής από αυτούς. Από την άλλη πλευρά, η εμπειρία επίσης των εργαστηριακών ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται και διενεργούν εξετάσεις σε ένα διαγνωστικό εργαστήριο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πλήθος των εξετάσεων που εκτελούνται σε αυτό. Η γνώση της ορθής χρήσης της τεχνολογίας και των μεθόδων αναλύσεων, ο έλεγχος για συστηματικά και αναλυτικά λάθη και η ορθή συνεργασία με τους κλινικούς ιατρούς βοηθά στον περιορισμό άσκοπων και επαναληπτικών εξετάσεων.

- η τήρηση διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων: οι εργαστηριακές εξετάσεις, ως εξετάσεις εκλογής, αποτελούν ουσιώδη στοιχεία των πρωτοκόλλων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη διαχείριση συγκεκριμένων ασθενειών. Τα μοντέλα αυτά βοηθούν στην ταχεία ταυτοποίηση της νόσου, την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου, τη δημιουργία ενός θεραπευτικού σχεδίου, και τη διαχείριση / παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Οι εξετάσεις των αλγοριθμικών αυτών μοντέλων τα οποία σχεδιάστηκαν από κλινικούς ιατρούς, χρησιμοποιούνται για να καθοδηγήσουν τη διαγνωστική διαδικασία μέσα από την απόκτηση των κατάλληλων πληροφοριών για συγκεκριμένο ασθενή συντομεύοντας το χρόνο της διάγνωσης, τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς και βελτιώνοντας την αξιοποίηση των εργαστηριακών υπηρεσιών. Από τη σωστή τήρησή τους εξαρτάται και το πλήθος των εξετάσεων που ζητούνται, η οποία προϋποθέτει τη σωστή επιλογή του πρωτοκόλλου για το συγκεκριμένο ασθενή και την κατά βήμα εκτέλεσή του, χωρίς να παρακάμπτονται στάδια που προηγούνται της οποιαδήποτε χρήσης εργαστηριακής διαγνωστικής δοκιμασίας. Είναι δυνατόν ο ιατρός να παρακάμψει κλινικές εκτιμήσεις και να προχωρήσει κατευθείαν στην παραγγελία εξετάσεων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

- η άγνοια των επαγγελματιών υγείας για το κόστος: οι επαγγελματίες υγείας δύναται να μην είναι γνώστες του ακριβούς κόστους των εξετάσεων που παραγγέλνουν είτε στα πλαίσια της καθημερινής ρουτίνας είτε όταν επιθυμούν μεγάλη ακρίβεια και ταχύτητα στα αποτελέσματα, κάνοντας χρήση πολλές φορές διαγνωστικών μέσων υψηλού κόστους.

- το σύστημα οργάνωσης: τα εργαστήρια που δεν είναι καλά οργανωμένα μπορεί να διενεργούν εξετάσεις που δεν έχουν ζητηθεί ή να μην μπορούν να παρέχουν έγκαιρη αποστολή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, να μη δύναται να ελέγχουν το ρεπερτόριο των εξετάσεων που παραγγέλλονται ή ακόμα και να συλλέγουν λανθασμένα δείγματα. Όταν δεν υπάρχει ένα ορθά οργανωμένο πληροφορικό σύστημα ούτε λειτουργική διασύνδεση διαμέσου αυτού των τμημάτων των νοσοκομείων τότε υπάρχει έλλειψη πρόσβασης σε προηγούμενα αποτελέσματα τόσο των κλινικών ιατρών όσο και επαγγελματιών υγείας από τα υπόλοιπα εργαστήρια, ακόμα και αδυναμία έγκαιρης

αναγνώρισης αλλαγών στις αιτούμενες εξετάσεις μεταξύ των κλινικών ιατρών και του εργαστηρίου. Όταν ένα προηγούμενο αποτέλεσμα δεν είναι διαθέσιμο ή εάν ο γιατρός δεν γνωρίζει ότι μια συγκεκριμένη εξέταση έχει ήδη αιτηθεί προσφάτως ή έχει διενεργηθεί στο παρελθόν, τότε υπάρχει η πιθανότητα η εξέταση αυτή να παραγγελθεί ξανά και άσκοπα.

- η συνεργασία κλινικών και εργαστηριακών ιατρών: ο επαγγελματίας υγείας (ιατρός, βιολόγος, βιοχημικός ή χημικός, πυρηνικός φυσικός, παραϊατρικό προσωπικό) που εργάζεται στο κλινικό εργαστήριο είναι ένας απαραίτητος εταίρος του κλινικού ιατρού στην παροχή φροντίδας των ασθενών. Ο ρόλος τους πέρα από την εκτέλεση των ζητούμενων εργαστηριακών εξετάσεων, την επιβεβαίωση και την έκδοση των αποτελεσμάτων τους είναι να ενημερώνουν τους κλινικούς ιατρούς για το ποιες δοκιμές έχουν την υψηλότερη αποτελεσματικότητα σε δεδομένες κλινικές συνθήκες. Οφείλουν να ενημερώνουν, δηλαδή, τον κλινικό ιατρό ποια είναι η σωστή εξέταση που όταν εκτελείται στο σωστό άτομο, τη σωστή στιγμή, παράγει ακριβή και έγκυρα αποτελέσματα που επιτρέπουν στους ιατρούς να προβούν στη σωστή διαγνωστική και θεραπευτική απόφαση. Επιπλέον, είναι δυνατόν να παρέχουν επιστημονική πληροφόρηση για τον ορθό τρόπο συλλογής ενός προς εξέταση δείγματος, την κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς πριν την εξέταση και τον τρόπο μεταφοράς του στο εργαστήριο, μειώνοντας έτσι ενδεχόμενα σφάλματα. Μέσω της συνεργασίας αυτής τόσο το πλήθος όσο και το συνολικό κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων ελέγχονται, χρησιμοποιούνται ορθολογικά οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης, έχοντας παράλληλα άμεσες βελτιώσεις στις ζωές των ασθενών ή στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

- η τεχνολογική εξέλιξη: όπως αναφέρθηκε, η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στην εργαστηριακή ιατρική επιτρέπει ακριβείς διαγνώσεις που οδηγούν στην ιδανική θεραπεία και την ακριβή πρόγνωση. Οι σημαντικές αυτές δυνατότητες που παρέχουν τα νέα διαγνωστικά εργαλεία αποτελούν κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας να στρέφονται ολοένα και περισσότερο στη χρήση τους.

- πίεση από ασθενείς ή από συναδέλφους για τη διενέργεια εξετάσεων πέρα από αυτές που χρειάζονται κατά την κρίση του ιατρού, ο οποίος αποδέχεται να τις παραπέμψει ή να τις διενεργήσει προκειμένου να μην δυσαρεστήσει τον ασθενή-κατανάλωτη ή να υπάρξουν αντιδικίες με συναδέλφους.

3.3 Ο εργαστηριακός τομέας σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο

Η νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχει ένα Νοσοκομείο περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και εργαστηριακές υπηρεσίες που απαιτούνται προκειμένου να επιτευχθεί η διάγνωση και η θεραπεία κάθε ασθενή και διακρίνονται σε υπηρεσίες¹²:

α. Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, για την διάγνωση και θεραπεία αρρώστων που επισκέπτονται το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ή την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), καθώς και την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.

β. Δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο και περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων, και

γ. Τριτοβάθμιας περίθαλψης, που επίσης προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο, αλλά επιπλέον απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες προσπέλασης, υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων για τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς. Οι νοσοκομειακές μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες Τριτοβάθμιας περίθαλψης έχουν υψηλό κόστος δημιουργίας και λειτουργίας, καθώς και συντήρησης του εξοπλισμού τους. Τα Νοσοκομεία Τριτοβάθμιας περίθαλψης απαντώνται σε μεγάλα αστικά κέντρα, κυρίως πρωτεύουσες νομών ή περιφερειών, καλύπτοντας υγειονομικά μια μεγάλη περιφέρεια και μεγάλο τμήμα πληθυσμού.

Κύρια αποστολή του εργαστηριακού τομέα στις Νοσοκομειακές μονάδες είναι η εξέταση δειγμάτων των ασθενών ή των ίδιων των ασθενών που νοσηλεύονται στις κλινικές τους ή προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία (τακτικά ή επείγοντα) είτε για κάποιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν (οξύ ή χρόνια) είτε για προληπτικό έλεγχο, εξυπηρετώντας τις ανάγκες της νοσοκομειακής περίθαλψης όλων των βαθμίδων. Σε ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο που καλύπτει όλες τις ειδικότητες και είναι επιφορτισμένο με την τελική διάγνωση, πραγματοποιούνται όλες οι δυνατές εξετάσεις και ο εργαστηριακός τομέας μπορεί να περιλαμβάνει τα παρακάτω τμήματα:

- Βιοπαθολογικό, που δύναται να αναπτύσσεται σε Βακτηριολογικό, Μυκητολογικό, Παρασιτολογικό, Ιολογικό και Ορολογικό.
- Αιματολογικό
- Αιμοδοσία

- Ανοσολογικό-Ιστοσυμβατότητας
- Βιοχημικό (Κλινικής Χημείας)
- Ορμονολογικό
- Ακτινοδιαγνωστικής
- Νεότερων απεικονιστικών μεθόδων (Αξονικός-Μαγνητικός Τομογράφος)
- Υπερήχων
- Πυρηνικής Φυσικής
- Παθολογικής Ανατομικής
- Κυτταρολογικό
- Φαρμακευτικό

Κάθε τμήμα αναπτύσσεται και λειτουργεί σε ξεχωριστές εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου, ειδικά διαμορφωμένες και εξοπλισμένες με τα απαραίτητα τεχνολογικά και εργαστηριακά μέσα, με εξειδικευμένο προσωπικό, κατάλληλα εκπαιδευμένο για το είδος των διενεργούμενων εξετάσεων. Σε κάθε εργαστήριο εκτελούνται συγκεκριμένες εξετάσεις που παραγγέλλονται από τους κλινικούς ιατρούς, αν και πολλές φορές ένα δείγμα του ασθενούς μπορεί να αναλυθεί από περισσότερα του ενός τμήματα, όπως επίσης για την τελική διάγνωση μπορεί να απαιτηθεί η συνεργασία δύο ή περισσότερων τμημάτων.

Ο σκοπός του εργαστηριακού τομέα, όπως τονίσθηκε και προηγουμένως, είναι η συμβολή στη διάγνωση της νόσου (επιβεβαίωση ή αποκλεισμός), η πρόγνωση, η συνεισφορά στην επιλογή της θεραπευτικής αγωγής, η παρακολούθηση της νόσου και της θεραπευτικής ανταπόκρισης του ασθενούς, η συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, η ερευνητική δραστηριότητα και η εκπαίδευση των εργαζομένων του τομέα.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Οικονομική κρίση και υγεία

4.1 Περιγραφή του φαινομένου της οικονομικής κρίσης

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη οικονομική ύφεση του 1929, εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) το Δεκέμβριο του 2007 και είχε ως επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν⁸⁶. Η προσπάθεια εξάλειψης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες με την μετατροπή κεφαλαίων και επενδυτικών τίτλων σε πιο ασφαλή οικονομικά προϊόντα, προκάλεσαν ένα "ντόμινο" αρνητικών επιδράσεων στον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα. Τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης ήταν παρόμοια με αυτά άλλων περιόδων οικονομικής κρίσης, όπως το 1997-1998 στη Νοτιοανατολική Ασία και το 2001-2002 στη Λατινική Αμερική. Αρχικά, η οικονομική κρίση επηρέασε τις ανεπτυγμένες χώρες της Βόρειας Αμερικής και μερικές χώρες της Ευρώπης και δεν άργησε να επεκταθεί και στις υπόλοιπες χώρες ανά τον κόσμο, και σύμφωνα με το Δ.Ν.Τ. η κρίση μεταφέρθηκε με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση, την κατακόρυφη πτώση των χρηματιστηριακών δεικτών, την πτώση της απασχόλησης και την αύξηση των αιτήσεων για επίδομα ανεργίας^{87, 88, 89, 90}.

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, έθεσε σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονταν σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Πράγματι, από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO)⁹¹, η ανεργία σε παγκόσμια κλίμακα, από 5,7% που ήταν το 2007 αυξήθηκε σε 7,1% το 2009. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.)⁹², το 2010 η ανεργία στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. έφθασε στο 8.3%, δηλαδή ήταν κατά 2.4% υψηλότερη έναντι του 2008. Το αντίστοιχο

ποσοστό στην Ευρωζώνη, το 2010, ήταν 10.1%, δηλαδή κατά 2.7% υψηλότερο απ' ό,τι το 2008, πλήττοντας κυρίως τους νέους ανθρώπους.

Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO)⁹³, η μείωση της ζήτησης εισαγωγών που είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007 επιτάθηκε με την οικονομική κρίση και έπληξε περισσότερο τις αναπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Το παγκόσμιο εμπόριο από αύξηση 7.3% που εμφάνιζε το 2007 εισήλθε σε περίοδο συρρίκνωσης η οποία κατά το 2009 άγγιξε το 11.7%. Αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία και άλλες, με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτή τη βελτίωση. Η οικονομική κρίση, επίσης, οδήγησε σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες. Η οικονομική ανάπτυξη στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., από θετικούς ρυθμούς που εμφάνιζε το 2007, όταν το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (Α.Ε.Π.) εμφάνιζε ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 5.2%, με την οικονομική ύφεση εισήλθε σε αρνητική τροχιά, καθώς το Α.Ε.Π. εμφάνισε συρρίκνωση κατά 2.4% το 2009. Τα αντίστοιχα ποσοστά του Α.Ε.Π. για τις 15 χώρες της Ευρωζώνης ήταν 5.4% και -3.5%⁹².

Η οικονομική κρίση προκάλεσε δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια^{4, 94}. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης, της μεσαίας και ανώτερης τάξης.

Ανεξάρτητα από τη συντονισμένη προσπάθεια των πολιτικών ηγετών, όλες οι χώρες επιδόθηκαν σε έναν αγώνα δρόμου για τη λήψη μέτρων που αν και διέφεραν μεταξύ τους, ωστόσο είχαν κοινό στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας ώστε να τονωθεί η ζήτηση, να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα και να κινητοποιηθούν οι επενδύσεις με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης⁴. Στις Η.Π.Α. και το

Ηνωμένο Βασίλειο, επιχειρήθηκε η αναθέρμανση της οικονομίας με αύξηση των δημοσίων δαπανών, προκειμένου να αντισταθμιστεί τμήμα του ελλείμματος της ζήτησης. Παράλληλα, όμως, η πολιτική αυτή οδήγησε σε αύξηση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους. Από την άλλη πλευρά, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008 και στηριζόταν στην ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στόχος αποτέλεσε η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Οι βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης ήταν η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία ώστε να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων με μακροπρόθεσμο στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, πάντα όμως λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας το οποίο έδινε έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα.

4.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Το 2009, η Ελλάδα εισήλθε σε μια από τις πιο σοβαρές οικονομικές υφέσεις της σύγχρονης ιστορίας της. Μετά από 14 χρόνια συνεχούς οικονομικής ανάπτυξης από το 1994, το Α.Ε.Π. στην Ελλάδα άρχισε να εμφανίζει αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης από το τέταρτο τρίμηνο του 2008. Από τότε, η οικονομική κρίση επηρέασε όλους τους σημαντικούς τομείς της ελληνικής οικονομίας. Οι κύριοι οικονομικοί δείκτες έδειξαν μια σημαντική επιδείνωση, και σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία, ο μεγαλύτερος αντίκτυπος ήταν στον τομέα της απασχόλησης²⁹.

Κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου της ύφεσης (2008 - 2012), το Α.Ε.Π. (σε σταθερές τιμές) μειώθηκε από 6,9% που ήταν το 2007 σε -6,6% το 2012. Το ποσοστό ανεργίας, που βρισκόταν στο 7,6% του συνολικού εργατικού δυναμικού κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2008, αυξήθηκε σε 26,1% κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου του 2012. Τον Ιούνιο του 2012 οι άνεργοι είχαν εκτιμηθεί σε 1,2 εκατομμύρια ανθρώπους, δηλαδή 816.000 περισσότεροι από την έναρξη της κρίσης το 2008. Η ανεργία των νέων αυξήθηκε από 15,5% το 2008 σε 55,3% το 2012. Σε αυτήν την κατάσταση της οικονομικής δυσπραγίας, ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού άρχισε να ζει κάτω από ακραίες οικονομικές συνθήκες. Το 2010 υπολογίζεται ότι 3 εκατομμύρια άνθρωποι (27,7% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού), ήταν στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού

αποκλεισμού, οι οποίοι, όπως ορίζεται από την ΕΛ.ΣΤΑΤ., είναι οι άνθρωποι που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας, με εισόδημα κάτω του 60% του μέσου εθνικού εισοδήματος, και με σοβαρές στερήσεις υλικών αγαθών. Το 2011 εκτιμάται από μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) ότι περίπου 20.000 άνθρωποι ήταν άστεγοι (12.280 πάνω από τον Απρίλιο του 2009) και περισσότεροι από 20.000 άνθρωποι στις 2 μεγαλύτερες πόλεις της Ελλάδα λάμβαναν καθημερινά συσσίτια από Μ.Κ.Ο.⁹⁵.

Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης της κρίσης (Νοέμβριος 2009 - Μάιος 2010), το δημόσιο έλλειμμα ανήλθε στα επίπεδα του 15,4% του Α.Ε.Π. το 2009, σε σύγκριση με 9,8% το 2008 και 6,5% το 2007, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου προς την ελληνική κυβέρνηση από όλους τους διεθνείς οικονομικούς οργανισμούς^{29, 96}. Η απότομη αυτή εκτόξευση του δημόσιου ελλείμματος (όπως ορίζεται η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που η κυβέρνηση εισπράττει από τους φόρους και σε ό, τι δαπανά σε ένα χρόνο) θεωρήθηκε η αιτία και όχι σύμπτωμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Η είσοδος της ελληνικής οικονομίας σε υφεσιακή τροχιά και η επιδείνωση του δημόσιου ελλείμματος στα τέλη του 2009 οδήγησαν σταδιακά στην υποβάθμιση της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας και σε απρόσιτα επίπεδα αύξηση του κόστους δανεισμού και της αποπληρωμής του δημόσιου χρέους και των ελληνικών κρατικών ομολόγων που έληξαν τον επόμενο χρόνο, ομόλογα που κατείχαν κατά ένα μέρος εγχώριες τράπεζες, ασφαλιστικά ταμεία, κ.α., και κατά ένα μέρος φορείς και τράπεζες του εξωτερικού. Παράλληλα, παρατηρήθηκε σημαντική πτώση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας και των εξαγωγών, επιτείνοντας περισσότερο τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Ε.Ε.), της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (Ε.Κ.Τ.) και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (Δ.Ν.Τ.) λόγω του υψηλού δημοσιονομικού ελλείμματος και του υψηλού δημόσιου χρέους με την υπογραφή του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής^{96, 97}. Στις 8 Μαΐου 2010 υπογράφηκαν η «Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης» ("Loan Facility Agreement") με τις χώρες της Ευρωζώνης και ο «Διακανονισμός Χρηματοδότησης Αμέσου Ετοιμότητας» ("Stand-by Agreement") με το Δ.Ν.Τ. (που αποκαλούνται εν συντομία ως «Μνημόνιο»), με την πρώτη αναθεώρησή του να πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο του 2010. Στο πλαίσιο αυτό η ελληνική κυβέρνηση συμφώνησε να δανειστεί 110 δις € το Μάιο του 2010 από το Δ.Ν.Τ. και την Ευρωζώνη, για την εξυπηρέτηση του χρέους της χώρας.

Ο δανεισμός ωστόσο εδόθη με περιορισμούς, που είναι γνωστοί ως «όροι», οι οποίοι περιελάμβαναν την ιδιωτικοποίηση κρατικών επιχειρήσεων, την απελευθέρωση των αγορών, καθώς και την περιστολή των δημόσιων δαπανών (όπου οι τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης δεν εξαιρούνταν), με την παραδοχή ότι οι πολιτικές αυτές θα προκαλούσαν οικονομική ανάπτυξη και τελικά θα αύξαναν την πιθανότητα ότι τα δάνεια θα μπορούσαν να αποπληρωθούν στο μέλλον. Έτσι σχηματίστηκε ομάδα εκπροσώπων της Ε.Ε., της Ε.Κ.Τ. και του Δ.Ν.Τ., γνωστή και ως «Τρόικα», η οποία ανά τρίμηνο αξιολογούσε την πρόοδο του προγράμματος εφαρμογής των όρων του «Μνημονίου» και αποφάσιζε για την εκταμίευση της αντίστοιχης δόσης του δανείου. Μέσα σε αυτό το ειδικό καθεστώς οικονομικής βοήθειας και αυστηρής επιτήρησης, μέτρα λιτότητας εγκρίθηκαν, υπηρεσίες στον δημόσιο τομέα περικόπηκαν, αρκετές επαγγελματικές υπηρεσίες απελευθερώθηκαν και εκπονήθηκε ένα φιλόδοξο σχέδιο για τη ρευστοποίηση της δημόσιας περιουσίας μέσω της αξιοποίησής της και των ιδιωτικοποιήσεων. Άμεσο αποτέλεσμα της απότομης δημοσιονομικής προσαρμογής ήταν η ραγδαία επιδείνωση των οικονομικών δεικτών, με κύριο αντίκτυπο στο δείκτη της ανεργίας όπως αναφέρθηκε, και η περαιτέρω μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του Α.Ε.Π..

4.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Είναι γνωστό ότι τόσο η ατομική υγεία όσο και το γενικό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξαρτώνται από ατομικούς παράγοντες (διατροφή, συμπεριφορά), από το γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο όπου ζουν και δραστηριοποιούνται οι πολίτες, τους συλλογικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες), αλλά και, άμεσα ή έμμεσα, από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης^{98, 99}. Όπως αναφέρεται από τον Musgrove (1987), η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία μέσω δύο κύριων αιτιολογικών μηχανισμών¹⁰⁰: μειωμένα ατομικά εισοδήματα και μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία και την κοινωνική πολιτική. Από τη μία πλευρά, δηλαδή, μειώνονται τα ατομικά εισοδήματα μέσω της μείωσης των μισθών και την αύξηση της ανεργίας οδηγώντας σε μεγαλύτερη νοσηρότητα και λιγότερη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ από την άλλη πλευρά, η μείωση των κρατικών δαπανών επηρεάζει την ποσότητα και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας που είναι προσιτές στον ευρύτερο πληθυσμό συμβάλλοντας στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού.

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας^{94, 101}. Η πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών αλλά και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, θα μπορούσε σαφώς να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Δυο έρευνες που διενεργήθηκαν στην Ινδονησία με στόχο να μετρηθεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην χρήση υπηρεσιών υγείας και στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα: η συνολική χρήση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημόσιου τομέα μειώθηκε κατά 8,0% από το 1997 έως το 1998, ενώ η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών σε εξωτερική βάση μειώθηκε κατά 3,5%. Η νοσοκομειακή χρήση δεν φάνηκε να επηρεάζεται σημαντικά από την κρίση. Ωστόσο, η τάση που παρατηρείται στις υπόλοιπες χώρες που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση είναι η στροφή των πολιτών προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπου υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη και η χρήση των υπηρεσιών είναι φθηνότερη¹⁰².

Όσον αφορά στο κάπνισμα ή την κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί οι συνθήκες ανέχειας που βιώνει το άτομο να τον οδηγήσει σε αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ, ακόμα και να οδηγήσει σε εθισμό και κατάχρηση στις ουσίες αυτές, με μακροχρόνια προβλήματα υγείας και αλκοολισμού. Επίσης η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους σε αλλαγή των διαιτητικών και καθημερινών τους συνηθειών. Η ανεπαρκής σίτιση και η αυξημένη κατανάλωση φθηνών τροφίμων με μικρή θρεπτική αξία, όπως το πλαστικό φαγητό, έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας τους. Ωστόσο, ο περιορισμός του εισοδήματος στον πληθυσμό μπορεί μακροπρόθεσμα να οδηγήσει σε μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος συνολικά, όπως επίσης, υπάρχουν και αναφορές που δείχνουν ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις καθώς τα άτομα τείνουν να τρώνε λιγότερο έξω και να μαγειρεύουν περισσότερο στο σπίτι. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η νοσηρότητα από ασθένειες που προκαλούνται από κάπνισμα ή κακές διατροφικές συνήθειες. Είναι, επίσης, πιθανό να υπάρξουν βραχυπρόθεσμες μειώσεις στους θανάτους από αυτοκινητιστικά ατυχήματα δεδομένου ότι ο όγκος της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων πέφτει¹⁰³.

Η οικονομική ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία καθώς αυτές συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες, όπως η κοινωνική τάξη και η ανεργία. Οι μακροχρόνια άνεργοι και οι οικογένειές τους υφίστανται σημαντικά αυξημένο κίνδυνο πρόωγου θανάτου και μπορούν να πάσχουν από σοβαρές χρόνιες ασθένειες και από ψυχιατρικά νοσήματα. Από μελέτες

έχει προκύψει ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18⁴. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, τα προγράμματα του Δ.Ν.Τ. συνδέονται στενά με αρνητικές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας των πολιτών¹⁰⁴. Η μεγαλύτερη επίδραση έχει καταγραφεί στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και της φυματίωσης, ως αποτέλεσμα του μειωμένου προϋπολογισμού, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών της κυβέρνησης για τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Επίσης, τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης, όπως συμβαίνει για υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς¹⁰⁵. Το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογραφία φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Είναι γνωστό ότι τα άτομα ανώτερων εισοδηματικών κλιμακίων προσφεύγουν συχνότερα σε ειδικευμένους γιατρούς σε σχέση με τους πιο φτωχούς.

Επιπλέον, η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία, η έλλειψη στέγης και γενικότερα η κατάσταση ακραίας φτώχειας οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. stress, κατάθλιψη). Τα άτομα που βιώνουν τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού εκτίθενται σε διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν από σοβαρές ασθένειες ή ακόμα και να πεθάνουν από πρόωρο θάνατο¹⁰⁶. Από μελέτες έχει καταδειχθεί ότι η μακροχρόνια ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός αυξάνει τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών, και συγκεκριμένα η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%⁴. Τέλος, το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό επίπεδο των φτωχών, τους στερεί τη δυνατότητα γνώσης των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους και υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και το χαμηλό εισόδημά τους εμποδίζει την πρόσβασή τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας¹⁰⁷.

4.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Μέσα στο ασφυκτικό και δυσμενές κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον που έχει διαμορφώσει η οικονομική κρίση, κάθε σύστημα υγείας δεν θα μπορούσε να μείνει

αλώβητο, αφού αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που δέχεται πολλές και έντονες επιδράσεις τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία του από τους παράγοντες που βρίσκονται στο περιβάλλον¹². Τα δημοσιονομικά ελλείμματα, η οικονομική ύφεση, η αυξανόμενη ανεργία και τα μειωμένα εισοδήματα αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και το δημόσιο τομέα της υγείας, σε διαφορετικό όμως βαθμό σε κάθε χώρα, που καθορίζεται από το επίπεδο ανάπτυξής της και από την κυβερνητική πολιτική στο χώρο της υγείας.

Η οικονομική κρίση δύναται να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στο δημόσιο τομέα υγείας, όπως προκύπτει και από τη μελέτη προγενέστερων περιόδων οικονομικής κρίσεως^{9, 108, 109}. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ακούσια απώλεια της εργασίας έχει σημαντικές επιδράσεις τόσο σε επίπεδο ατομικής υγείας όσο και στο σύστημα υγείας. Το άγχος, η ανασφάλεια και η έλλειψη διαθέσιμων πόρων για την αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, που προκαλούνται από την απώλεια της εργασίας και την περιοριστική εισοδηματική πολιτική, καθώς και η στροφή προς ανθυγιεινές συνήθειες, έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα, με προεξάρχουσες τις ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, ανησυχία, κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά), ενώ έχει παρατηρηθεί αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και από αυτοκτονίες. Επιπρόσθετα, η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, ασκώντας πίεση στους προϋπολογισμούς των ήδη επιβαρυνμένων από τα ελλείμματα ασφαλιστικών ταμείων⁴. Σε αυτό έχετε να προστεθεί και η αυξημένη νοσηρότητα, η οποία, σε συνδυασμό με την οικονομική ανέχεια, έχει ως αποτέλεσμα να εγείρονται περισσότερες αξιώσεις κάλυψης ιατρικών δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η απώλεια εσόδων για τα ασφαλιστικά ταμεία λόγω της μείωσης του ατομικού εισοδήματος και της ανεργίας και η αύξηση της δαπάνης για ασφαλιστική κάλυψη έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των υπηρεσιών που παρέχουν μέσω των δομών τους, αλλά και να αδυνατούν να χρηματοδοτήσουν τον προϋπολογισμό των δημόσιων Νοσοκομείων, όπως συμβαίνει στα περισσότερα μεικτά συστήματα υγείας.

Η ανεργία και η οικονομική δυσχέρεια αναγκάζει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού να αναζητήσει την ιατρική φροντίδα σε υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Πράγματι, σε προηγούμενες περιόδους οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε σαφής στροφή των πολιτών από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος. Με την αύξηση της νοσηρότητας και την μειωμένη οικονομική δυνατότητα είναι φυσικό επακόλουθο ότι η ζήτηση στο δημόσιο σύστημα υγείας αυξάνεται και ασκείται

μεγαλύτερη πίεση από την ήδη υπάρχουσα στην δυνατότητα του δημόσιου τομέα υγείας να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Η δυσλειτουργία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, ο αυξημένος όγκος εργασίας στα εξωτερικά ιατρεία των εφημερευόντων Νοσοκομείων είναι απότοκα της πίεσης αυτής με συνέπεια να πλήττονται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η αποτελεσματικότητα του συστήματος. Επίσης, παρατηρείται αύξηση της υγειονομικής δαπάνης για επείγουσα φροντίδα υγείας σε βάρος της πρόληψης και της χρηματοδότησης των δομών φροντίδας υγείας που υπάγονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Ο περιορισμός του ατομικού εισοδήματος και η αδυναμία κάλυψης της υγειονομικής δαπάνης από τους ιδιώτες έχει οδηγήσει σε αύξηση των επισκέψεων σε ιατρεία Μ.Κ.Ο. που παρέχουν σε εθελοντική βάση υπηρεσίες υγείας.

Τα περιορισμένα κονδύλια για την υγεία και τη κοινωνική ασφάλιση σε συνδυασμό με τα ήδη υψηλά ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών σε ορισμένα κράτη, όπως η Ελλάδα, προκαλούν δυσχέρειες στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων^{110, 111}. Το υψηλό κόστος της ιατρικής φροντίδας, κυρίως μετά την εισαγωγή νέων διαγνωστικών τεχνολογιών, και το υψηλότερο κόστος των εισαγόμενων φαρμάκων και εφοδίων, επιτείνουν το πρόβλημα⁷⁶. Η ανάγκη περιορισμού και ελέγχου της υγειονομικής δαπάνης, όπως προβλέπεται και από τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής όπου αυτά εφαρμόζονται, οδηγούν σε μείωση του εύρους του δικτύου υπηρεσιών (συγχωνεύσεις και καταργήσεις υπηρεσιών) δημιουργώντας προβλήματα στην ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Επίσης, ο περιορισμός στην πρόσληψη υγειονομικού προσωπικού συμβάλλει στην επιδείνωση του προβλήματος της ανεπάρκειας των υγειονομικών δομών. Παράλληλα, υπάρχει στροφή προς οικονομικότερη διαγνωστική προσέγγιση, περίθαλψη και φαρμακευτική θεραπεία, μέσω της μείωσης της χρήσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας στο δημόσιο τομέα και την αναζήτηση ανάλογων υπηρεσιών σε ιδιωτικά κέντρα, με επιβάρυνση όμως του πολίτη και των ασφαλιστικών οργανισμών, και της εισαγωγής και χρήσης φθηνότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων στη θεραπευτική αγωγή (γενώσιμα). Ιδιαίτερα δύσκολη κατά την οικονομική ύφεση είναι η αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, για την οποία το κόστος είναι εξαιρετικά υψηλό, αλλά και των ατόμων που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, όπως οι μετανάστες, οι άποροι και οι άστεγοι, των οποίων τα προβλήματα υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσεως πολλαπλασιάζονται (ανεπαρκείς εμβολιασμοί, χαμηλό επίπεδο υγιεινής, αναζωπύρωση μολυσματικών ασθενειών)^{86,87}. Τέλος, η ανάγκη άντλησης εσόδων με οικονομική επιβάρυνση του πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η

αποτροπή όσων τις χρησιμοποιούν άσκοπα, έχει οδηγήσει σε σχετικές παρεμβάσεις στη λειτουργία τους, όπως, για παράδειγμα, η καθιέρωση υποχρεωτικού εισιτηρίου επίσκεψης και εξέτασης στα Εξωτερικά Ιατρεία, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα στην ισότιμη πρόσβαση και αποθάρρυνση των οικονομικά ασθενέστερων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας¹¹⁰.

4.5 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση

Το ελληνικό σύστημα υγείας, όπως κάθε σύστημα υγείας, παρουσιάζει διαχρονικές μεταβολές στη μορφή και την ανάπτυξη των υπηρεσιών του ως επακόλουθο κοινωνικών, δημογραφικών, οικονομικών και επιδημιολογικών αναγκών που διαμορφώνουν ανάλογες πολιτικές υγείας και μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις. Ιστορικά, οι βάσεις για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ετέθησαν την περίοδο 1910-1935, με τη δημιουργία των «Εθνικών Νοσοκομείων» και των αντιφυματικών ιατρείων και τη νομοθετική θέσπιση του πρώτου υγειονομικού χάρτη. Η εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος κατά την περίοδο της οικονομικής ανασυγκρότησης, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, επηρεάζεται από την ανάγκη ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων.

Ωστόσο, η προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος υγείας μέσα σε μια περίοδο ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων και πολιτικών γεγονότων, όπως η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η ανάδειξη στην κυβέρνηση των σοσιαλιστών, έγινε την περίοδο μετά το 1983. Αρκετοί θεωρούν ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό αφού συνυπάρχουν στοιχεία από το μοντέλο Bismarck και από το μοντέλο Beveridge. Η γέννηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983 (Ν. 1397/1983) σηματοδοτεί μία προσπάθεια της κυβέρνησης ΠΑ.ΣΟ.Κ., την περίοδο εκείνη, να δημιουργήσει ένα δημόσιο σύστημα υγείας στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge με σκοπό την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού. Το Ε.Σ.Υ. αποτελεί την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας το οποίο προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των Κ.Υ. και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. έως και σήμερα με μια σειρά νομοθετημάτων και μεταρρυθμίσεων έχει επιχειρηθεί

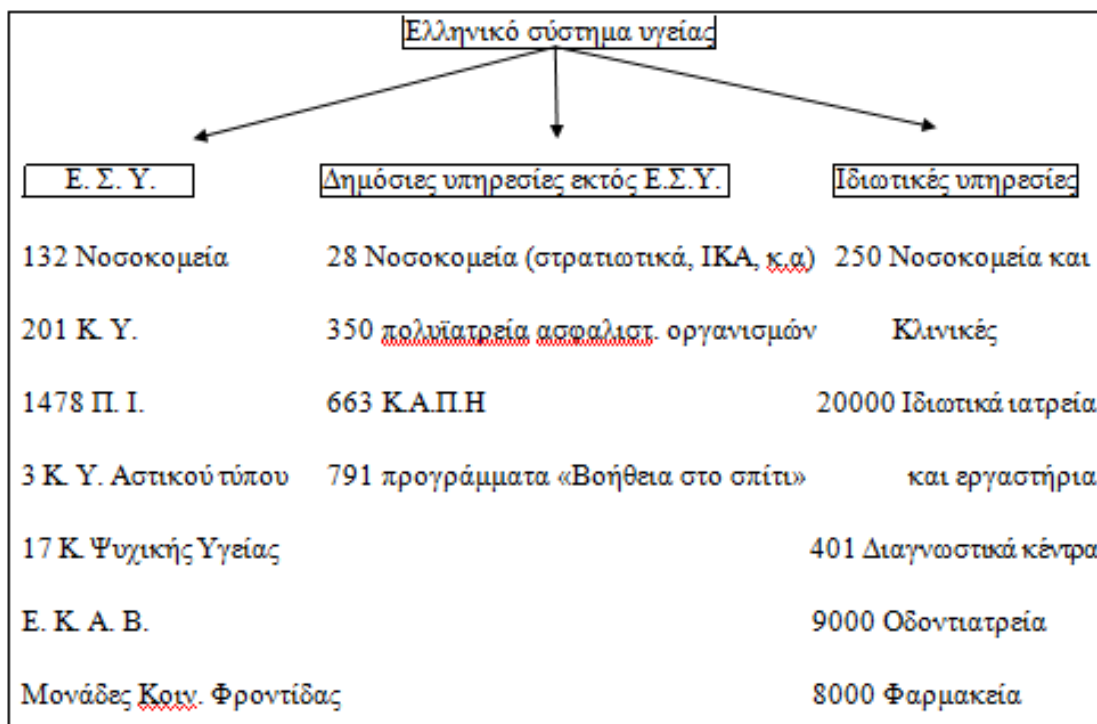
η μετεξέλιξή του, με έμφαση στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).^{112,113,114}

Ο δυισμός που χαρακτηρίζει το ελληνικό σύστημα υγείας αντικατοπτρίζεται άμεσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία προσφέρεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς, είτε με την παροχή υπηρεσιών μέσω δικών τους κέντρων ή ιατρών είτε μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, αλλά και από τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία. Παρ' ότι η σημασία της Π.Φ.Υ. έχει αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, ιδιαίτερα μετά την ψήφιση του Νόμου 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» και την υλοποίηση των διατάξεών του με τη δημιουργία των Κ.Υ. μια σειρά μεταρρυθμιστικών νομοθετημάτων που ακολούθησαν και αφορούσαν στην Π.Φ.Υ. ήταν αποσπασματικά και δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Ο Νόμος 3235/2004 αποτέλεσε μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της Π.Φ.Υ.

Σημαντικές, όμως, νομοθετικές ρυθμίσεις δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν αρκετά περιορισμένα. Είναι γεγονός ότι δεν επιτεύχθηκε ενοποίηση των ασφαλιστικών Ταμείων, δεν υπήρξε ουσιαστική αποκέντρωση του συστήματος υγείας, ενώ δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, αναπτύσσοντας την υποδομή του συστήματος υγείας, περιορίζοντας σημαντικά το ρόλο του ιδιωτικού τομέα και ενισχύοντας κυρίως το ρόλο του κράτους. Με την πάροδο του χρόνου η πρωτοβάθμια περίθαλψη και οι υπηρεσίες πρόληψης περιορίστηκαν έως και εγκαταλείφθηκαν στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ., το οποίο εστίασε πλήρως στο θεσμό του νοσοκομείου και έγινε "νοσοκομειοκεντρικό"^{115, 116}.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, το Ε.Σ.Υ., τις υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα εκτός Ε.Σ.Υ. και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, με χαλαρή μεταξύ τους σύνδεση και χωρίς να ισχύουν ενιαίοι κανόνες ανάπτυξης, οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησής τους (Διάγραμμα 4.5.1 και 4.5.2).

Διάγραμμα 4.5.1: Περιγραφή της οργάνωσης και δομής του ελληνικού συστήματος υγείας (2008)

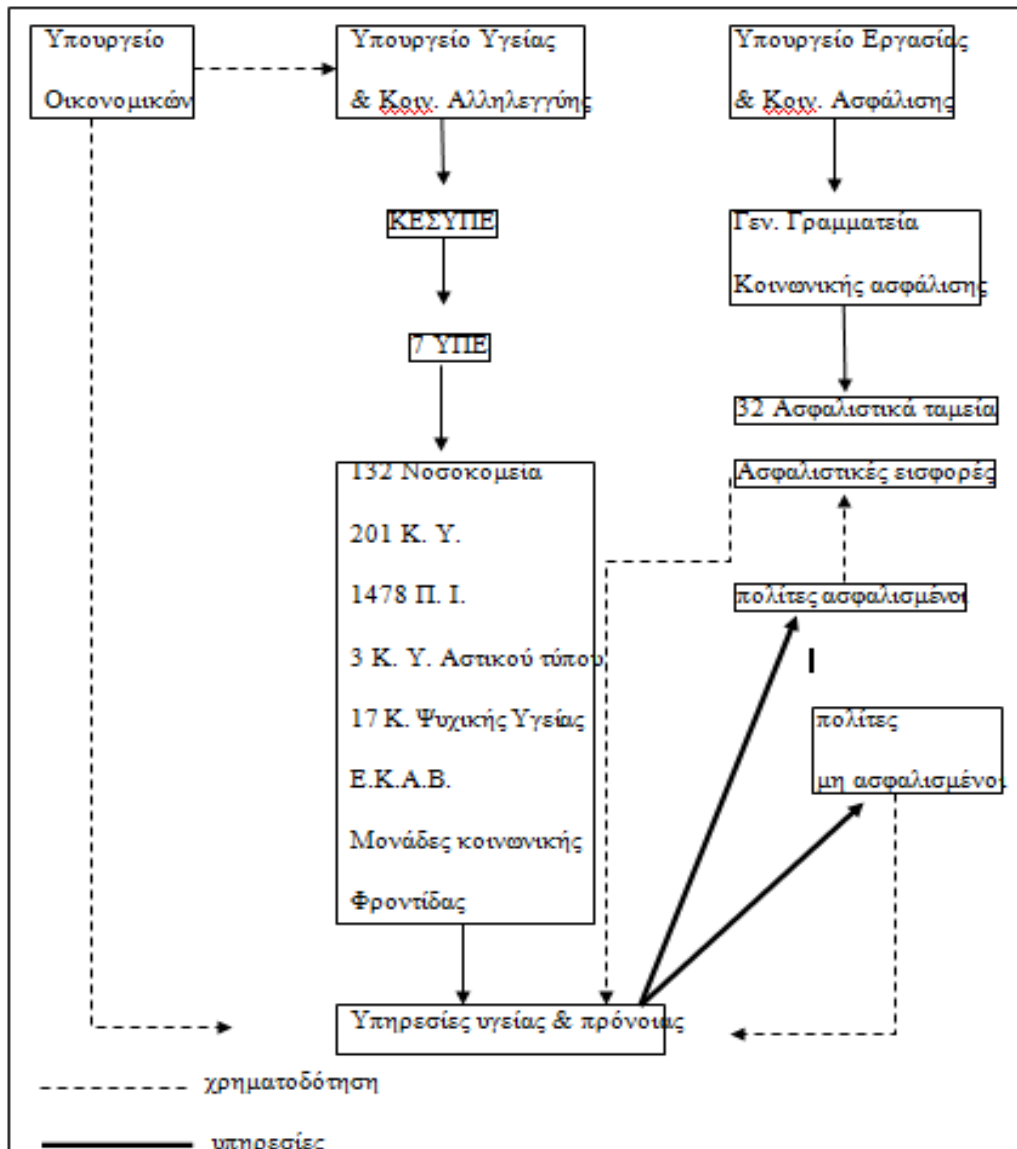


Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι:^{117, 118}

- το Υπουργείο Υγείας ή και άλλα υπουργεία , που μέσω του κρατικού προϋπολογισμού εξασφαλίζουν πόρους κυρίως από τη γενική και ειδική φορολογία,
- η κοινωνική ασφάλιση (μέσω των ασφαλιστικών ταμείων), με την υποχρεωτική, καθολική ασφάλιση και τις εισφορές των εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων, και
- οι ιδιωτικές δαπάνες, μέσω των ιδιωτικών πληρωμών των παρόχων υγείας ή των ασφαλιστικών φορέων του ιδιωτικού τομέα

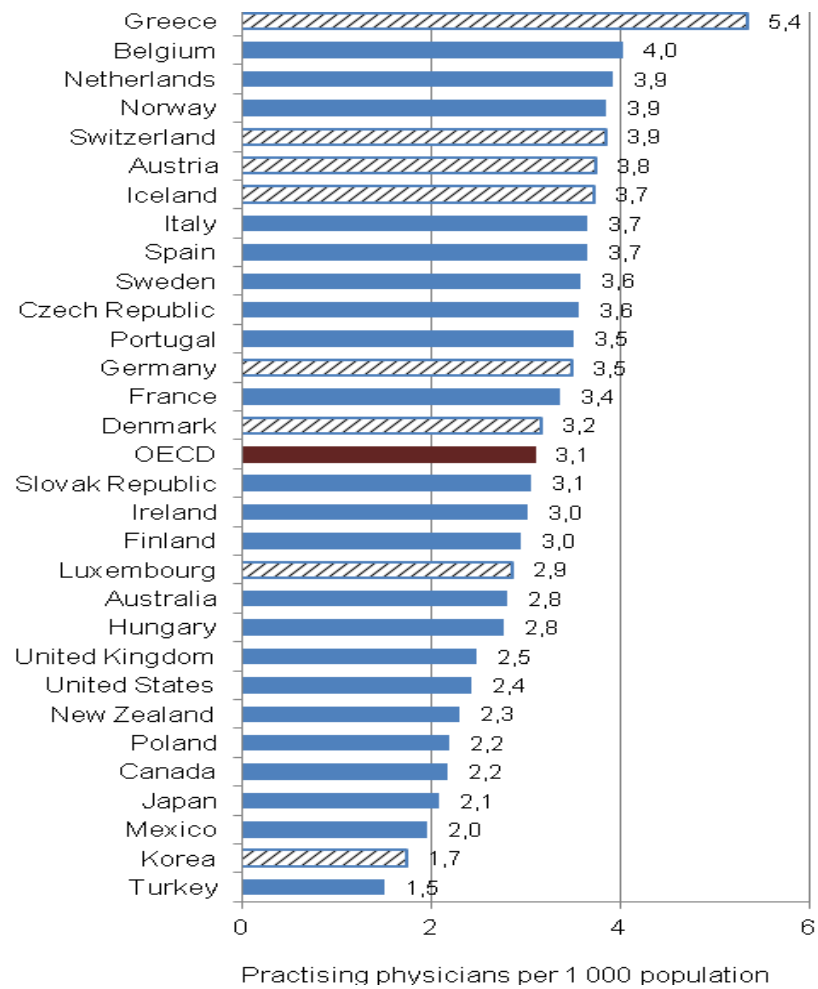
Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., το 70% της συνολικής χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων προέρχεται από την φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 30% εξασφαλίζεται από ένα μεικτό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών πληρωμών. Η χρηματοδότηση γίνεται με βάση το συμβασιακό σύστημα, δηλαδή τα ταμεία υγείας καλύπτουν το 20% του πραγματικού κόστους νοσηλίας (ημερήσια νοσήλια) των ασφαλισμένων τους, ενώ η διαφορά συμπληρώνεται από τα έσοδα από φόρους.

Διάγραμμα 4.5.2: Η οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ. (2008)

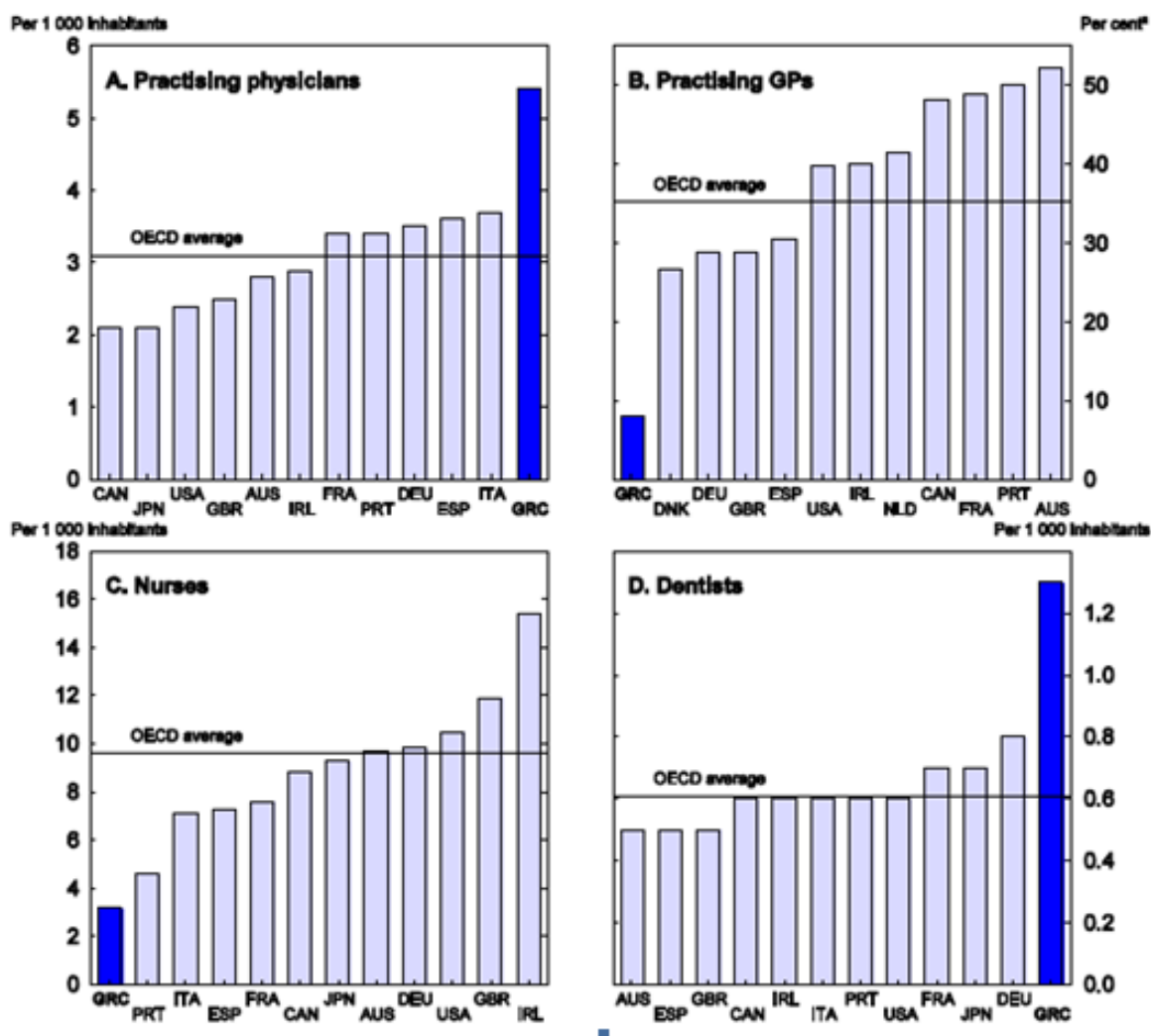


Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από πληθωρισμό ιατρών και οδοντιάτρων, ενώ παρατηρείται ανεπάρκεια νοσηλευτών. Επιπλέον, το ποσοστό των γενικών ιατρών είναι ιδιαίτερα χαμηλό (Διάγραμμα 4.5.3 και 4.5.4). Ο τρόπος αμοιβής των ιατρών του Ε.Σ.Υ. πραγματοποιείται μέσω καταβολής μισθού, αλλά και με αμοιβή κατά πράξη μέσα από την λειτουργία απογευματινών ιατρείων εντός των Νοσοκομείων. Οι σχέσεις εργασίας τους καθορίζονται μέσα από τις συμβάσεις τους, ως έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι και αυτοί έμμισθοι, αλλά οι συμβάσεις τους είναι ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, ανάλογα με τα έτη εκπαίδευσης στην ειδικότητα¹¹⁹.

Διάγραμμα 4.5.3: Αριθμός ιατρών/1000 κατοίκους¹²⁰



Διάγραμμα 4.5.4: Κατανομή υγειονομικού προσωπικού σε διάφορες χώρες του OECD¹²¹



Στο ελληνικό σύστημα υγείας ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς τα νοσοκομεία διακρίνονται σε δημόσια του Ε.Σ.Υ., σε δημόσια εκτός Ε.Σ.Υ., όπως είναι τα νοσοκομεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τα στρατιωτικά, και σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάρχουν τα δημόσια κέντρα υγείας και ιατρεία του Ε.Σ.Υ., τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα δημοτικά ιατρεία και τα ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα. Τα δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Π.Ε.) και υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία ανήκουν και εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας. Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από τον φορέα που ανήκουν, εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας^{12, 19, 122}.

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του Α.Ε.Π. παρουσίασαν αύξηση, ιδιαίτερα μετά την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., οπότε υπερδιπλασιάστηκαν οι δημόσιες δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η τάση αυτή συνεχίσθηκε και τις επόμενες δεκαετίες, κυρίως όμως λόγω της αύξησης των ιδιωτικών δαπανών για την Π.Φ.Υ. (Πίνακες 1 και 2). Οι ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία είναι από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (28,4% το 2012, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. είναι 19%). Όλη αυτή την περίοδο παρατηρούνταν διογκούμενα δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη που οφείλονταν τόσο στις τεχνητά αυξημένες δαπάνες για υγεία (υπερκοστολόγηση υπηρεσιών, ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση), όσο και στην αδυναμία συλλογής εσόδων και στην ελλιπή δημόσια χρηματοδότηση ανεξάρτητη του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πίνακας 4.5.1

Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % ποσοστό του Α.Ε.Π.^{118,123}

	Δημόσια δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη	Σύνολο δαπανών
1975	2.6	2.5	5.1
1988	5.1	3.0	8.1
1998	5.2	3.2	8.4
2000	5.2	4.5	9.7
2007	5.8	3.8	9.6

Πίνακας 4.5.2

*Κατανομή των δαπανών υγείας*¹²⁴

	Δημόσια δαπάνη*	Ιδιωτική δαπάνη**
ΠΦΥ	22%	65%
Νοσοκομειακή περίθαλψη	55%	15%
Φαρμακευτική δαπάνη	18%	16%
Άλλη	5%	4%

*2003 **2006

Συνοψίζοντας, μέσα από τη μελέτη του ελληνικού συστήματος υγείας δύναται να εντοπισθούν ορισμένες αδυναμίες και προβλήματα που παρουσίαζε, όπως:

- νοσοκομειοκεντρική δομή και οργάνωση, άμεσα εξαρτώμενη από την κεντρική εξουσία, γραφειοκρατικό και δύσκαμπτο σύστημα. Ο ρόλος του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας παρέμενε κυρίαρχος και σαφώς υποδεέστερος ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα

- κατακερματισμός δομών με ανεπαρκή σύνδεση μεταξύ τους, ιδιαίτερα στην Π.Φ.Υ.
- έλλειψη του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, υποστελέχωση, απουσία Κ.Υ. αστικού τύπου και υποχρηματοδότηση της Π.Φ.Υ.
- πληθωρισμός ιατρικών πράξεων, αυξημένη ζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών και υπερσυνταγογράφηση. Η κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών καθοριζόταν από το κράτος και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δε σχετιζόταν άμεσα με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- χρηματοδότηση που καθορίζεται από τη ζήτηση, σπατάλη υγειονομικών πόρων. Το σύστημα υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα.
- πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία, ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, γραφειοκρατία και χαμηλή αποδοτικότητα. Το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων ήταν κυρίως ο άμεσος παραγωγός υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν ταυτόχρονα και ως αγοραστές υπηρεσιών, κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, με προεξάρχουσες τις οδοντιατρικές
- έλλειψη κινήτρων για συγκράτηση του αριθμού και του κόστους των ιατρικών πράξεων από τους προμηθευτές και της ζήτησης από τους πολίτες, καθώς και ανώτατων ορίων δαπανών. Απουσία μηχανισμών ελέγχου.
- φαινόμενα παραοικονομικής δραστηριότητας προμηθευτών (π.χ. παράταση νοσηλείας, παράνομη αμοιβή) και χρηστών (π.χ. αποκλειστικές νοσοκόμες)
- διοικήσεις νοσοκομείων χωρίς ουσιαστικές διοικητικές αρμοδιότητες, εξάρτησή τους από τις Υ.ΠΕ. και την κεντρική εξουσία, αδυναμία υποκίνησης του υγειονομικού προσωπικού, αναποτελεσματικές και χαμηλής αποδοτικότητας υπηρεσίες υγείας
- μισθολογική και εξελικτική στασιμότητα των ιατρών του δημοσίου τομέα, ανεπαρκής μηχανισμός αξιολόγησής τους και σύνδεσης αυτής με τη σταδιοδρομία
- περιορισμένος ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και της κοινωνίας στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και την παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών

Όλα τα παραπάνω συνδέονται και επιτείνονται με τις συχνές αλλαγές νομοθετικού πλαισίου για την υγεία στην Ελλάδα, με κύριο χαρακτηριστικό την έλλειψη ενιαίας πολιτικής υγείας και την αναβλητικότητα στην υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών αλλαγών. Η έναρξη της κρίσης βρήκε το Σύστημα Υγείας να είναι αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα αναποτελεσματικότητας, με μεγάλα δημοσιονομικά προβλήματα και με

αυξανόμενη τη δυσαρέσκεια των ελλήνων πολιτών για την κατάσταση στο σύστημα υγείας και για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

4.6 Το ελληνικό σύστημα υγείας κατά την οικονομική κρίση και την εφαρμογή του μνημονίου

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αδυναμία της Ελλάδας να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές την οδήγησε στο να συνάψει δανειακή σύμβαση (μνημόνιο) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο στις 23 Απριλίου 2010 με βάση την οποία η Ελλάδα θα δανειζόταν χρήματα από το νεοδημιουργούμενο "Μηχανισμό Στήριξης" (ESM/ EFSF). Η χρηματοδότηση της Ελλάδας μέσω αυτού του μηχανισμού προϋπέθετε την λήψη συγκεκριμένων μέτρων και δράσεων από πλευράς της ελληνικής κυβέρνησης σε διάφορους τομείς που στόχευαν στη βελτίωση των δημοσιονομικών της χώρας και στην επίτευξη της ανάπτυξης. Ακολούθησε αναθεώρηση του προγράμματος στήριξης με επικαιροποίηση των δημοσιονομικών στόχων τον Σεπτέμβριο του 2010, ενώ την 1η Μαρτίου του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε τη δεύτερη συμφωνία (Μνημόνιο ΙΙ) με τους δανειστές της που συνοδευόταν, επίσης, από πολιτικές δημοσιονομικής προσαρμογής. Σύμφωνα με αυτές τις πολιτικές, μεταξύ των ετών 2010 και 2012, το ελληνικό Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε την αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας μέσα από σημαντικές νομοθετικές αλλαγές που στόχευαν κυρίως στην αλλαγή της δομής του, αλλά και στο δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του. Για την τήρηση των προαπαιτούμενων που επιβάλλονταν από το Δ.Ν.Τ. και την Ευρωζώνη, το ελληνικό Υπουργείο Υγείας ενέκρινε ένα ευρύ φάσμα μεταρρυθμίσεων που περιελάμβανε μέτρα λιτότητας και περιορισμού των δαπανών υγείας, αναδιοργάνωση του ασφαλιστικού συστήματος, εξορθολογισμού της πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, συγχωνεύσεων μονάδων και παρεμβάσεων στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Στα μέτρα λιτότητας, εκτός από την περιστολή των κρατικών δαπανών για την υγεία κυρίως μέσα από τις ετήσιες περικοπές των προϋπολογισμών των δημόσιων νοσοκομείων, περιλαμβάνονται και οι μειώσεις στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα και το πλαφόν στις αμοιβές και τον αριθμό εφημεριών και υπερωριών, το πάγωμα των προσλήψεων προσωπικού σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, απολύσεις των έκτακτων εργαζόμενων και όσων ήταν κοντά σε ηλικία συνταξιοδότησης στα δημόσια νοσοκομεία, και την κάλυψη των κρίσιμων κενών θέσεων

με ανακατάταξη του υφιστάμενου ιατρικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού και μετατάξεις από άλλους οργανισμούς. Μέσα στα δύο πρώτα χρόνια εφαρμογής των μέτρων λιτότητας, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 1,8 δισεκατομμύρια € (23,7% μείωση μεταξύ 2009 και 2011), ενώ οι συνολικές δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων κατά 0.74 δισεκατομμύρια € (μείωση 12,5% 2009-2011) και τα έξοδα μισθοδοσίας των δημοσίων νοσοκομείων κατά 0,56 δισεκατομμύρια € (μείωση 16,5% για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα)¹²⁵.

Η ελληνική κυβέρνηση μείωσε τις συνολικές δαπάνες για υγεία από 9,75% το 2008, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., σε 9,10% το 2012 προσεγγίζοντας τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Πίνακας 3). Σε ότι αφορά τις δημόσιες δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π., η Ελλάδα πάντοτε δαπανούσε λιγότερα χρήματα από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., που σημαίνει ότι ανέκαθεν οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στην Ελλάδα ήταν πάντοτε ψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία, ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αυξήθηκε στην Ελλάδα από 5,85% το 2008 σε 6,18% το 2012, αν και την περίοδο 2009 – 2012 παρατηρήθηκε μια σημαντική μείωση. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγείας εμφάνισαν μεγάλη μείωση ως ποσοστό του Α.Ε.Π. από 3,91% το 2008 σε 2,91% το 2012. Μια πιθανή εξήγηση της μείωσης του ποσοστού των ιδιωτικών πληρωμών είναι ότι αρκετά άτομα, κυρίως φτωχοί, άνεργοι και ανασφάλιστοι, δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή δεν δύνανται να πληρώσουν από δικούς τους πόρους τα χρήματα που απαιτούνται για να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας¹²³.

Πίνακας 4.6.1

Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % ποσοστό του Α.Ε.Π

Total	2008	2009	2010	2011	2012
Greece	9.75	9.77 ^e	9.18 ^e	9.74 ^e	9.10 ^e
Public	2008	2009	2010	2011	2012
Greece	5.85	6.78 ^e	6.21 ^e	6.66 ^e	6.18 ^e
Private	2008	2009	2010	2011	2012
Greece	3.91	2.98 ^e	2.96 ^e	3.06 ^e	2.91 ^e

Πηγή: OECD, health data

Ο εξορθολογισμός των δομών, της οργάνωσης και της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας περιελάμβανε μια σειρά από παρεμβάσεις που κύριο στόχο είχαν, επίσης, την περιστολή των κρατικών δαπανών υγείας^{98,126}. Τέτοιες παρεμβάσεις ήταν η εισαγωγή εισιτηρίου για την εξέταση και τη νοσηλεία των εξωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία τα έσοδα του οποίου θα αποδίδονται στο νοσοκομείο για την εξυπηρέτηση εξόδων λειτουργικών του αναγκών, μειώνοντας έτσι την προϋπολογισθήσα δαπάνη που θα συνεισέφερε το κράτος, οι καταργήσεις και οι συγχωνεύσεις των δημόσιων νοσοκομείων, των κλινικών και των κλινών τους, καθώς και η σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για υπηρεσίες που παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία. Η θεσμοθέτηση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων (Κ.Ε.Ν.), που αποτελεί ένα νέο τρόπο αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων, η αναβάθμιση της λογιστικής των δημόσιων νοσοκομείων που υποχρεούνται να δημοσιεύουν ισολογισμό, και η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας με κεντρικό έλεγχο αποτελούν, επίσης, παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν και στοχεύουν προς την ίδια κατεύθυνση.

Στην περιστολή των συνολικών δαπανών για την υγεία συνέβαλλαν σημαντικά και η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (φαρμάκων, παραπεμπτικών και διαγνωστικών εξετάσεων), η αναθεώρηση της λίστας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που καλύπτει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), η υποχρέωση των ιατρών να συνταγογραφούν βάσει της δραστικής ουσίας κι όχι της εμπορικής ονομασίας και το πλαφόν δαπάνης συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά γιατρό. Επιπρόσθετα, μειώθηκε το περιθώριο κέρδους στα φάρμακα που οδήγησε σε μείωση της τιμής τους. Το 2009 η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ήταν 4,6 δισεκατομμύρια ευρώ και μειώθηκε στα 2,88 δισεκατομμύρια ευρώ το 2012 (μείωση-ρεκόρ κατά 25% σε σχέση με το 2011 που είχε διαμορφωθεί στα 3,92 δισεκατομμύρια ευρώ).

Τέλος, στο εν λόγω διάστημα υπό τη πίεση της Τρόικα γίνονται οι ακόλουθες νομοθετικές παρεμβάσεις στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα^{127, 128}:

α) δημιουργείται ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν. 3918/2011) που προκύπτει από τη συνένωση καταρχήν επτά μεγάλων ασφαλιστικών Ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ., Τ.Υ.Δ.Κ.Υ., Οίκος Ναύτου) για να προσφέρει υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας) σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια πολίτες. Οι παροχές που προσφέρει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι παροχές σε είδος και παροχές σε χρήμα. Την περίοδο αυτή ο

Ε.Ο.Π.Υ.Υ. απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του Ι.Κ.Α. και λειτουργεί ταυτόχρονα ως πάροχος και αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχει και δικούς τους ιατρούς (που εργάζονταν στις υγειονομικές μονάδες του Ι.Κ.Α.), αλλά δικτυώνεται και με ιατρούς που αμείβονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κατά πράξη. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αν και αποτελεί ένα φιλόδοξο τόλμημα που αποσκοπεί στην ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει εξ αρχής προβλήματα που ίσως θέσουν σε δοκιμασία τη βιωσιμότητά του. Τέτοια προβλήματα είναι η κάλυψη των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας, χωρίς να έχει προβλεφθεί η ανάλογη χρηματοδότηση και η ελλιπής εικόνα που έχει για τα έσοδά του (δηλαδή τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) αφού αυτές πιστοποιούνται και εισπράττονται από τα ασφαλιστικά Ταμεία.

β) η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρέχοντας ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες και τη σύνδεσή του με τους παρόχους υγείας,

και γ) μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων, όπως η θεσμοθέτηση του clawback (όπου καθορίζεται ανώτατη μηνιαία δαπάνη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό) και θεσμοθέτηση του rebate (που είναι υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Μεθοδολογία

5.1 Σκοπός-Στόχοι

Η εκτίμηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πολύτιμο δείκτη για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων υγείας. Το πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε μια μονάδα υγείας, όπως είναι ένα δημόσιο Νοσοκομείο, επηρεάζει την λειτουργία της αφενός, αλλά και τον προϋπολογισμό της αφετέρου. Ταυτόχρονα αποτελεί και έναν δείκτη για την εκτίμηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Οι νέες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, όπως αυτές διαμορφώθηκαν από την δημοσιονομική ύφεση που επηρέασε και την Ελλάδα, έχουν προκαλέσει μεταβολές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή πραγματοποιείται η εκτίμηση της ζήτησης των εργαστηριακών εξετάσεων σε ένα δημόσιο Νοσοκομείο της Ελλάδας, το Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», πριν και μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και της δημοσιονομικής προσαρμογής (έτη 2008 και 2012). Κύριος σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν υπήρξε ή όχι μεταβολή (αύξηση ή μείωση) στο πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο μετά την σύναψη από την Ελλάδα δανειακών συμβάσεων και την εφαρμογή των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνιο Ι και ΙΙ) για την αντιμετώπιση της οικονομικής ύφεσης. Κομβικό έτος που διαχωρίζει αυτές τις δύο περιόδους είναι το έτος 2010, οπότε και εφαρμόστηκαν οι περισσότερες πολιτικές με δημοσιονομικά μέτρα, μετά και την πρώτη αναθεώρηση του Μνημονίου.

Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής επιδιώκεται η διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση που είχε η οικονομική ύφεση και η δημοσιονομική προσαρμογή που ακολούθησε στη ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις, στον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου, στην προσαρμογή του στις νέες συνθήκες και στα οφέλη ή μη από την ενδεχόμενη μεταβολή στον αριθμό των διενεργούμενων εργαστηριακών εξετάσεων. Τα αποτελέσματα αυτά θα τεθούν υπ' όψιν των διοικητικών παραγόντων του Νοσοκομείου ώστε να αξιολογηθεί η λειτουργία του Νοσοκομείου και να υπάρξουν οι ανάλογες

πρωτοβουλίες για διόρθωση τυχόν προβλημάτων και καλύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό της λειτουργίας του, τόσο στον εργαστηριακό τομέα όσο και στο σύνολό του.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που επιδιώκει η μελέτη αυτή να απαντηθούν με σαφήνεια και επάρκεια είναι:

- Υπήρξε, ναι ή όχι, μεταβολή στο πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» στο διάστημα από το 2008 έως το 2012, δηλαδή πριν και μετά την οικονομική ύφεση;
- Αν ναι, υπήρξε μείωση ή αύξηση και σε ποια κλίμακα;
- Σε ποιο είδος εργαστηριακών εξετάσεων παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη μεταβολή;
- Ποια η ερμηνεία των μεταβολών που παρατηρήθηκαν;
- Ποιες οι επιπτώσεις, θετικές ή αρνητικές, από τη μεταβολή που παρατηρήθηκε;

5.3 Σχεδιασμός

Για να μελετηθεί το πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» κατά τα έτη 2008 και 2012 έγινε αναδρομική συλλογή των δεδομένων από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου για το ανωτέρω διάστημα, κατόπιν σχετικού αιτήματος προς την Διοίκηση του Νοσοκομείου και το Επιστημονικό Συμβούλιο.

5.4 Πληθυσμός – δείγμα

Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων που αφορούσαν σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» για τα έτη 2008 και 2012, το συνολικό αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων ανά τμήμα του Εργαστηριακού τομέα, αλλά και δεδομένα δεικτών παραγωγικής λειτουργίας του Νοσοκομείου για τα ανωτέρω έτη.

Το Γ. Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» είναι ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο με έδρα την Νίκαια Αττικής και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) το

οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 2ης Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της 2ης Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Δ.Υ.ΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στην 2η Δ.Υ.ΠΕ..

5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την 2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου και το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης του Νοσοκομείου.

Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε εξακόσιες πενήντα (650) οργανικές κλίνες.

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο:

A. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

α. Ιατρική,

β. Νοσηλευτική,

γ. Διοικητική-Οικονομική,

δ) Τεχνική - Ξενοδοχειακή

Β. ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ

Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

Υποστήριξης Πολίτη

Η Ιατρική Υπηρεσία του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» διαρθρώνεται σε Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα και Ειδικές Μονάδες που υπάγονται οργανικά στα Τμήματα, καθώς και Διατομεακά Τμήματα και λοιπά Τμήματα, ως εξής:

Α. ΤΟΜΕΙΣ

- α) Α΄ Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 200 κλινών
- β) Β΄ Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 138 κλινών
- γ) Α΄ Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 200 κλινών
- δ) Β΄ Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 82 κλινών
- ε) Ψυχιατρικός Τομέας με δυναμικότητα 30 κλινών
- στ) Εργαστηριακός τομέας

Β. ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ – ΜΟΝΑΔΕΣ

- 1. Ημερήσιας Νοσηλείας
- 2. Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Γ. ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

- 1. Παραϊατρικού Προσωπικού
- 2. Κοινωνικής Εργασίας
- 3. Διαιτολογίας – Διατροφής

Στους Τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.) αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν.

Ο Εργαστηριακός Τομέας του Νοσοκομείου περιλαμβάνει τα παρακάτω τμήματα:

- 1. ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ
- 2. ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ
- 3. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
- 4. ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

5. ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ
6. ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ (ΑΞΟΝΙΚΟΣ – ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ)
7. ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (PET CT)
8. ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ – ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ
9. ΥΠΕΡΗΧΩΝ
10. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ
11. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ
12. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ

Η μελέτη μας επικεντρώθηκε στη μελέτη δεδομένων που αφορούσαν σε εργαστηριακές εξετάσεις που διενεργήθηκαν στο Βιοχημικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου και αφορούσαν σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Ι κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού. Στο Βιοχημικό Εργαστήριο εκτελούνται το μεγαλύτερο πλήθος (περίπου το 45%) από τις εργαστηριακές εξετάσεις τόσο στο σύνολο των ασθενών όσο και στους ασθενείς των Τ.Ε.Ι., οι οποίες υποβοηθούν διαγνωστικά τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες του Νοσοκομείου.

5.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων – Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων που αφορούσαν στο πλήθος των εξετάσεων που διενεργήθηκαν από το 2008 έως και το 2012 έγινε αναδρομικά από το τμήμα Πληροφορικής – Στατιστικής του Νοσοκομείου. Τα δεδομένα που εδόθησαν για μελέτη αφορούσαν σε στοιχεία που είχαν προσκομισθεί σε πρόγραμμα επεξεργασίας λογιστικών φύλλων (Excel, Microsoft) από κάθε Εργαστηριακό Τμήμα (συμπεριλαμβανομένου και του Βιοχημικού Τμήματος) στο Τμήμα Πληροφορικής ανά έτος και σε στοιχεία που είχαν συλλεχθεί από το πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου και είχαν προσκομισθεί στην «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης» (Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε.) για καταχώρηση και επεξεργασία.

Τα δεδομένα που είχαν καταγραφεί και προσκομισθεί από κάθε τμήμα του Εργαστηριακού Τομέα αφορούσαν στο πλήθος ανά είδος εξέτασης, συνολικά και ανά κατηγορία ασθενών (Νοσηλεύόμενοι, Τ.Ε.Π., Τ.Ε.Ι., Λοιποί). Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν και οι εξετάσεις που διενεργήθηκαν στα πλαίσια συμπληρωματικού και ποιοτικού ελέγχου των

εργαστηρίων και συμπεριλαμβάνεται στην ανωτέρω καταγραφή, χωρίς ωστόσο να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν υπό μορφή λογιστικών φύλλων Excel. Επίσης, συλλέχθηκαν στοιχεία από τα πληροφοριακά συστήματα του Υ.Υ.Κ.Α. (Esynet.gr) και της 2^{ης} Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου σχετικά με τους δείκτες λειτουργίας του Νοσοκομείου για τα έτη 2008 και 2012.

Επιπρόσθετα, για την κοστολόγηση ανά είδος εξέτασης έγινε χρήση του πίνακα τιμών ιατρικών πράξεων που διέθετε το τμήμα Πληροφορικής του Νοσοκομείου. Οι τιμές αυτές είχαν καθορισθεί με Π.Δ. και Φ.Ε.Κ. που αφορούσαν τις αμοιβές των ιατρικών πράξεων (Π.Δ. 157/91,138/1990,163/88427,9165/96 ΚΑΙ 81/88 και λοιπές Κοινές Υπ. Αποφάσεις, Φ.Ε.Κ: 62/A/1991, 3100/B/2011).

Επομένως, η πληρότητα, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της συλλογής των δεδομένων εξαρτάται από την ορθότητα της καταχώρησής τους στο πληροφοριακό σύστημα κάθε εργαστηρίου, των Τ.Ε.Ι. και του γραφείου Κινήσεως των Τ.Ε.Ι., καθώς και στην αποστολή των δεδομένων από το τμήμα Πληροφορικής του Νοσοκομείου στο πληροφοριακό σύστημα της Η.ΔΙ.Κ.Α., της 2^{ης} ΔΥΠΕ και του Υ.Υ.Κ.Α.

Τέλος, ζητήθηκαν επιπλέον πληροφοριακά στοιχεία από τη Διεύθυνση του Βιοχημικού Τμήματος σχετικά με τον αριθμό των απασχολούμενων στο συγκεκριμένο τμήμα για κάθε έτος της μελέτης (2008 και 2012).

5.6 Ηθικές προεκτάσεις

Για την έγκριση της διενέργειας της μελέτης ακολουθήθηκαν όλα τα απαιτούμενα βήματα για την κατοχύρωση των αρχών της ηθικής και δεοντολογίας που πρέπει να τη διέπουν:

- Έγκριση του Δ/ντη Ιατρικής Υπηρεσίας και του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου κατόπιν σχετικής αιτήσεως του φοιτητή και του επιβλέποντα Καθηγητή
- Έγκριση από Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου
- Έγκριση από Διοίκηση της 2^{ης} Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς&Αιγαίου, όπου επισημαίνεται και η αναγκαιότητα συλλογής των δεδομένων ανώνυμα
- Υπεύθυνη δήλωση για τήρηση ιατρικού απορρήτου και μη εκχώρησης δεδομένων σε τρίτους

- Υπεύθυνη δήλωση για κάλυψη τυχών εξόδων από ιδίους πόρους του μεταπτυχιακού φοιτητή και όχι από το Νοσοκομείο ή από σπόνσορα (φαρμακευτική εταιρεία, ιδιωτική κλινική, κτλ.)

5.7 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση προγράμματος επεξεργασίας λογιστικών φύλλων (SpreadSheets) Excel της Microsoft. Κατόπιν έγινε εξαγωγή γραφημάτων που αφορούσαν συγκρίσεις ως προς τον αριθμό ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης, ανά έτος, με έμφαση στη σύγκριση αυτών που πραγματοποιήθηκαν τα έτη 2008 (προ-υφesiακή περίοδος) και 2012 (μετα-υφesiακή, περίοδος δημοσιονομικής προσαρμογής).

Επίσης, έγινε σύγκριση των δύο περιόδων (ετών) βάση δεικτών παραγωγικότητας και κόστους. Η δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν είναι:

- Σχέση εργαστηριακών αναλύσεων ανά απασχολούμενο του Βιοχημικού Τμήματος
= Αριθμός εργαστηριακών αναλύσεων ανά είδος εξέτασης για 1 έτος/ αριθμός απασχολούμενων Βιοχημικού Τμήματος το συγκεκριμένο έτος
- Μέσο κόστος εξέτασης ανά αριθμό ασθενών T.E.I.= Συνολικό κόστος εξέτασης/αριθμό ασθενών T.E.I.

Το συνολικό κόστος της εξέτασης προέκυψε από τον πολλαπλασιασμό του πλήθους των αναλύσεων ανά είδος εξέτασης επί την τιμή αυτής.

Κεφάλαιο Έκτο

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται σε μορφή πινάκων και διαγραμμάτων και αφορούν στους δείκτες λειτουργίας του Νοσοκομείου, στο συνολικό πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων του Βιοχημικού Τμήματος και ανά κατηγορία ασθενών, στο πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος ασθενών Τ.Ε.Ι. ανά είδος εξέτασης, στο συνολικό κόστος και το κόστος ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης και, τέλος, στον υπολογισμό και τη σύγκριση δεικτών παραγωγικότητας και κόστους.

6.1 Δείκτες λειτουργίας του Νοσοκομείου

Για το έτος 2008, πριν εμφανισθεί η οικονομική ύφεση, το Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» εμφάνιζε τους παρακάτω δείκτες λειτουργίας:

Πίνακας 6.1.1

Δείκτες λειτουργίας Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά (2008)

Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	616
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Εργαστηριακού Τομέα	16
Αριθμός Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων	116
Αριθμός Νοσηλευθέντων	31.888
Αριθμός Πραγματικών Ημερών Νοσηλείας	176.168
Αριθμός πραγματοποιηθέντων επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	47.081
Ποσοστό Κάλυψης Κλινών %	79,18
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	5,52
Ρυθμός Εισροής Ασθενών	52,32
Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών	1,47

Για το έτος 2012, μετά την εμφάνιση της οικονομικής ύφεσης και κατά την εφαρμογή των δημοσιονομικών μέτρων του Μνημονίου, το Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων» εμφάνιζε τους παρακάτω δείκτες λειτουργίας:

Πίνακας 6.1.2

Δείκτες λειτουργίας Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά (2012)

Αριθμός Ανεπτυγμένων Κλινών	650
Αριθμός Ανεπτυγμένων Τμημάτων & Μονάδων Εργαστηριακού Τομέα	12
Αριθμός Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων	108
Αριθμός Νοσηλευθέντων	32.977
Αριθμός Πραγματικών Ημερών Νοσηλείας	192.932
Αριθμός πραγματοποιηθέντων επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	46.267
Ποσοστό Κάλυψης Κλινών %	81,32
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	5,85
Ρυθμός Εισροής Ασθενών	50.74
Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών	1,34

Επίσης, ο αριθμός των απασχολούμενων στο Βιοχημικό Τμήμα του Νοσοκομείου ήταν 15 άτομα το 2008 και 12 άτομα το 2012, σύμφωνα με στοιχεία της Διεύθυνσής του Τμήματος. Η μείωση του προσωπικού οφειλόταν κυρίως σε συνταξιοδοτήσεις και στη μη πρόσληψη νέου προσωπικού.

6.2 Συνολικό πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος

Πίνακας 6.2.1

Συνολικός αριθμός και ανά κατηγορία ασθενών (2008)

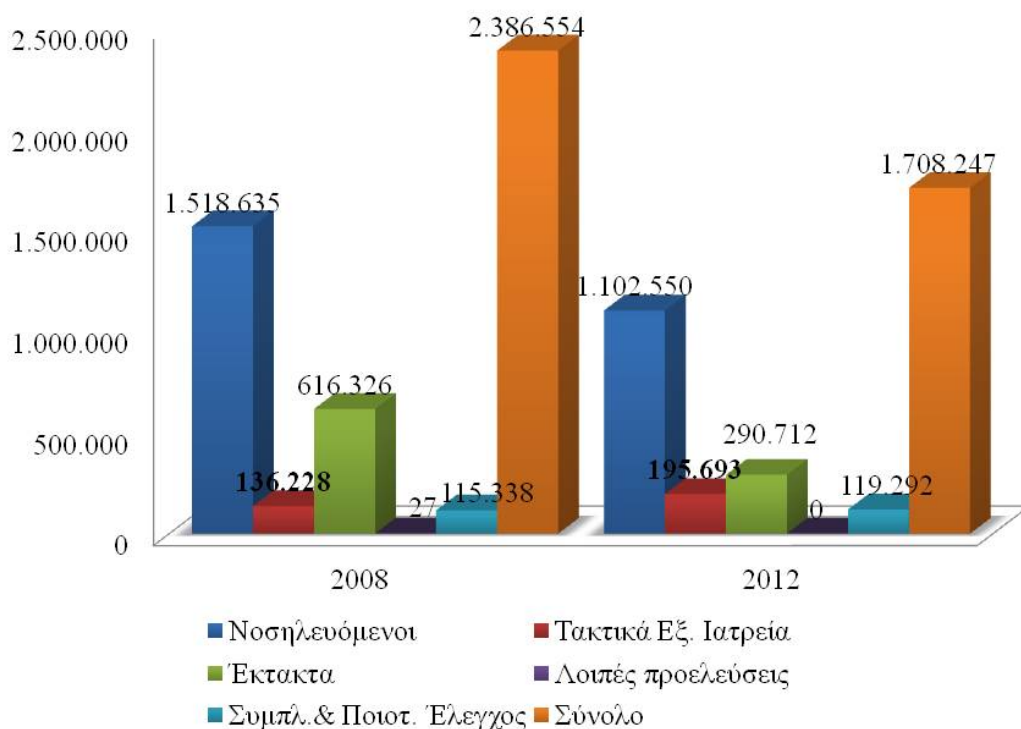
Νοσηλευόμενοι	Τακτικά Εξ. Ιατρεία	Έκτακτα	Λοιπές προελεύσεις	Συμπλ.& Ποιοτ. Έλεγχος	Σύνολο
1.518.635	136.228	616.326	27	115.338	2.386.554

Πίνακας 6.2.2

Συνολικός αριθμός και ανά κατηγορία ασθενών (2012)

Νοσηλευόμενοι	Τακτικά Εξ. Ιατρεία	Έκτακτα	Λοιπές προελεύσεις	Συμπλ.& Ποιοτ. Έλεγχος	Σύνολο
1.102.550	195.693	290.712	0	119.292	1.708.247

Διάγραμμα 6.2.1 Συνολικό πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος



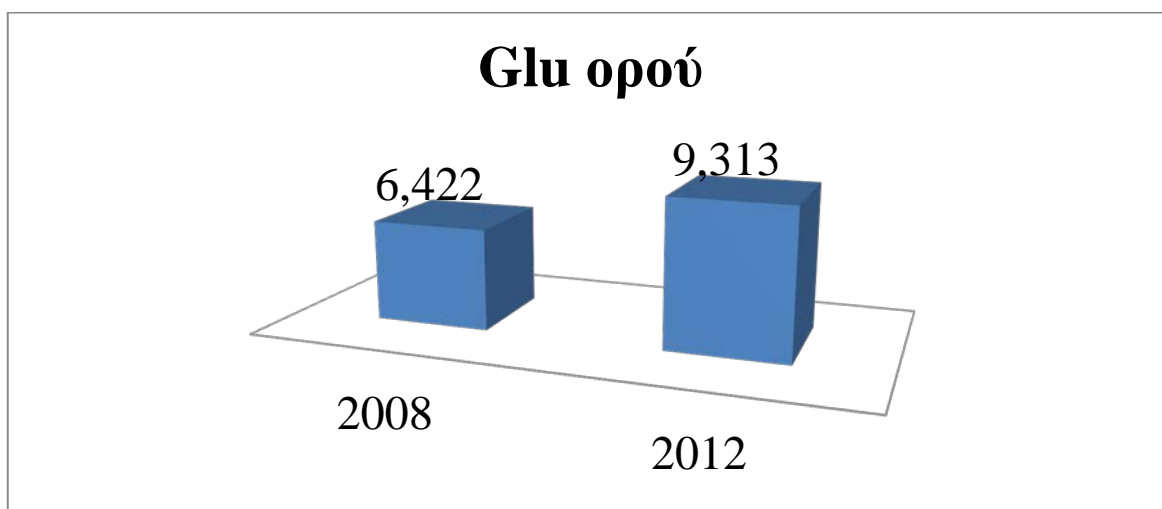
Όπως φαίνεται το συνολικό πλήθος των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο Βιοχημικό Τμήμα παρουσίασε μείωση το 2012 κατά 678.307 εξετάσεις (-28,4%) έναντι του 2008. Η μείωση αφορά σε εξετάσεις που έγιναν σε όλες τις κατηγορίες των ασθενών, εκτός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Ι. του Νοσοκομείου, όπου οι εξετάσεις που διενεργήθηκαν παρουσίασαν αύξηση το 2012 έναντι 2008 κατά 59,465 εξετάσεις (+43,7%).

6.3 Πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων Βιοχημικού Τμήματος ασθενών Τ.Ε.Ι. ανά είδος εξέτασης

Το 2008 στο Βιοχημικό Τμήμα του Νοσοκομείου πραγματοποιήθηκαν 71 διαφορετικά είδη εργαστηριακών εξετάσεων στους ασθενείς των Τ.Ε.Ι., ενώ το 2012 τα είδη των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε αυτούς τους ασθενείς ανήλθαν στα 69.

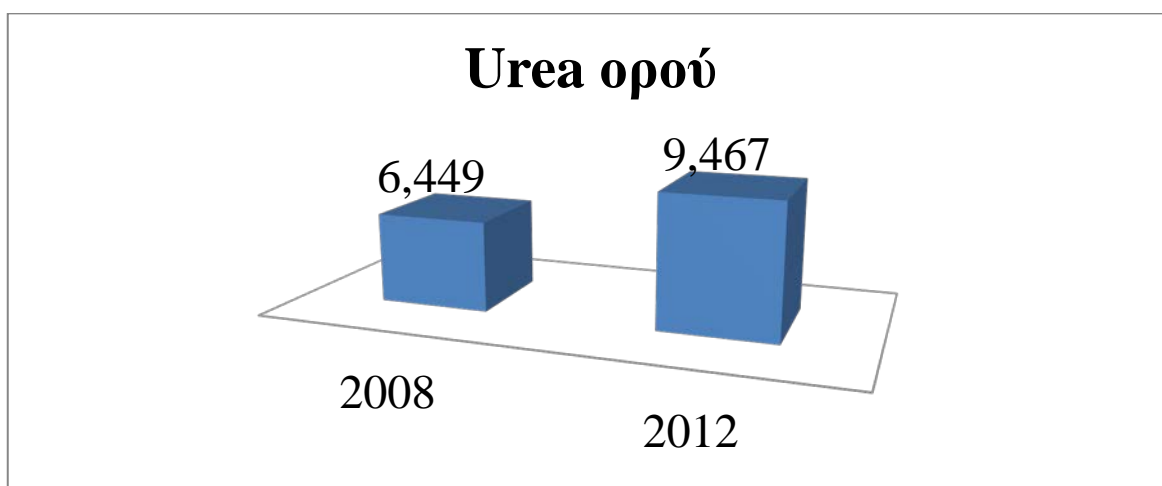
Στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα αναφέρονται ο αριθμός για κάθε είδος εργαστηριακής εξέτασης κατά τα έτη 2008 και 2012 και η μεταβολή μεταξύ των δύο ετών.

1. Σάκχαρο ορού



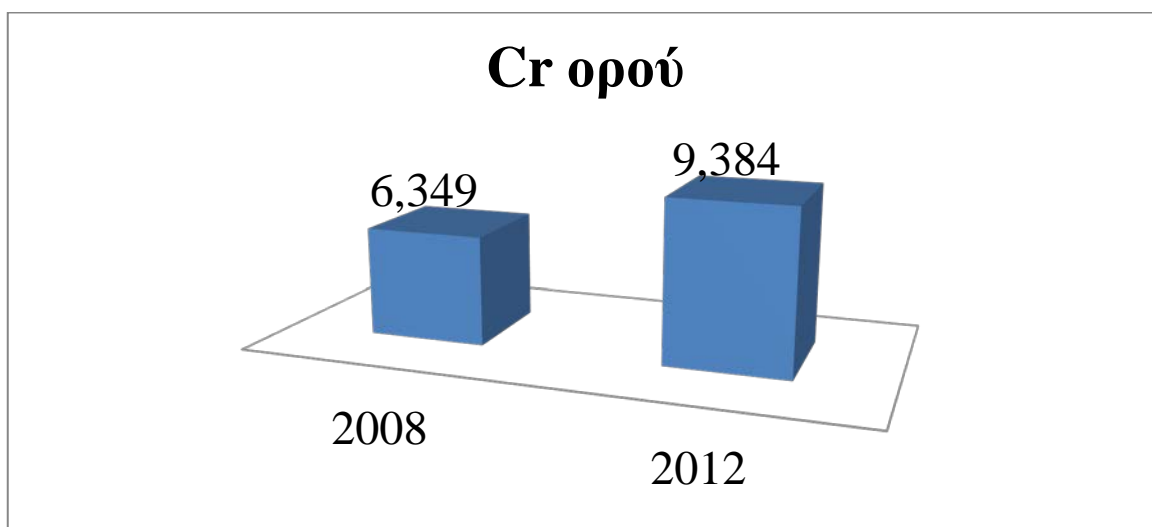
	2008	2012	+/-
Σάκχαρο ορού	6.422	9.313	2.891 (+45,0%)

2. Ουρία ορού



	2008	2012	+/-
Ουρία ορού	6.449	9.467	3.018 (+46,8%)

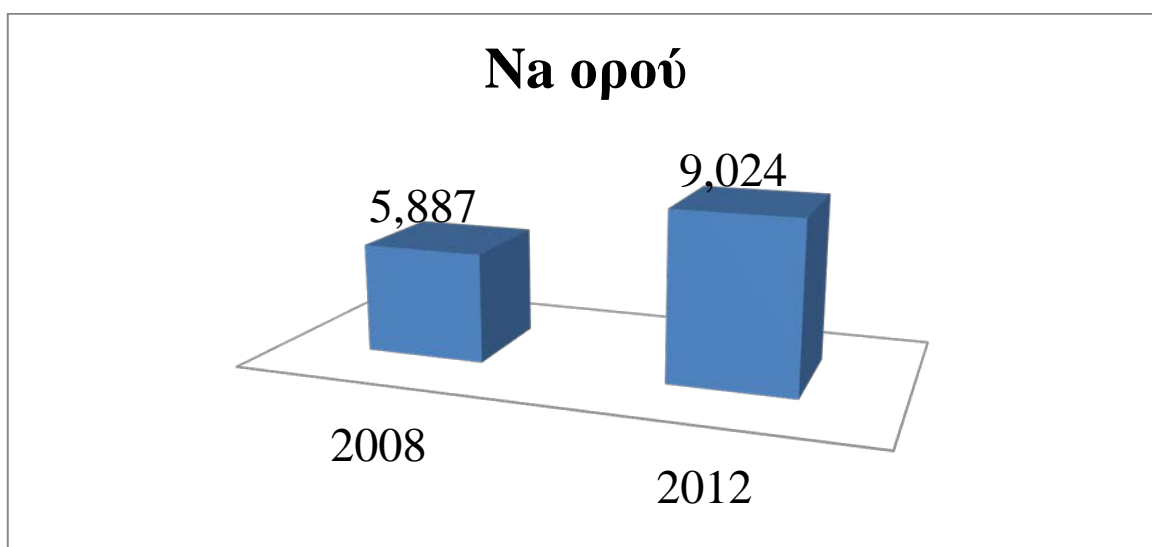
3. Κρεατινίνη ορού



	2008	2012	+/-
Κρεατινίνη ορού	6.349	9.384	3.035 (+47,8%)

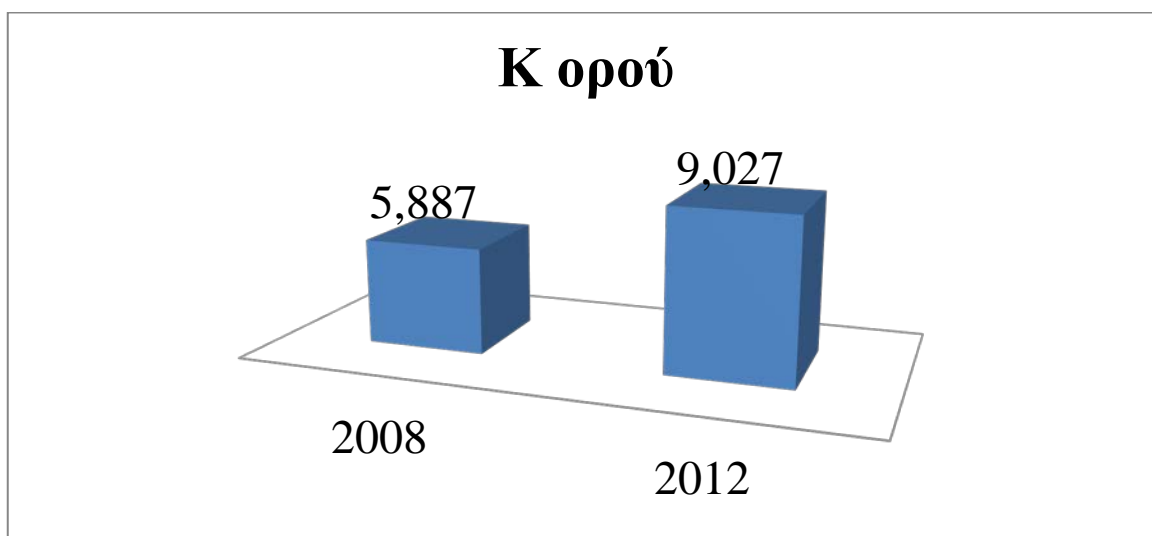
Η εξέταση σακχάρου, ουρίας και κρεατινίνης ορού αποτελούν μέρος του βασικού βιοχημικού ελέγχου στους ασθενείς είτε προσέρχονται για κάποια νόσο είτε για check up. Επιπλέον, αποτελούν εξετάσεις που συχνά γίνεται επανέλεγχος της τιμής του αποτελέσματος στο εργαστήριο, λόγω της επιρροής τους από διάφορους παράγοντες, όπως η αιμόλυση του ορού, η υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, και της σημαντικότητας των οριακών τιμών τους (υπερ- ή υπο-γλυκαιμία, νεφρική ανεπάρκεια, κ.ά.).

4. Νάτριο ορού



	2008	2012	+/-
Νάτριο ορού	5.887	9.024	3.137 (+53,3%)

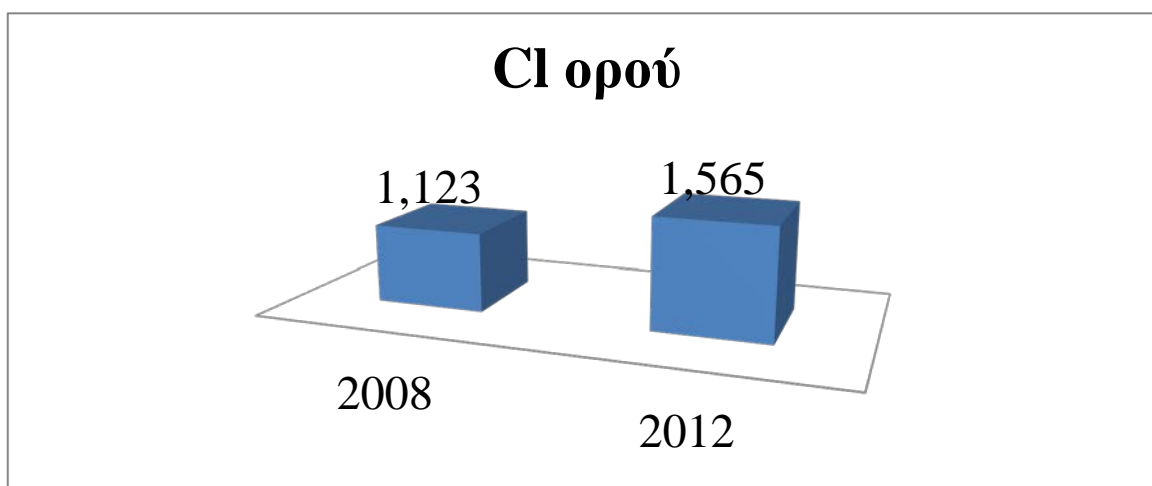
5. Κάλιο ορού



	2008	2012	+/-
Κάλιο ορού	5.887	9.027	3.140 (+53,3%)

Η εξέταση των ηλεκτρολυτών Νατρίου και Καλίου στον ορό, γίνεται συνήθως ταυτόχρονα και για τους δυο ηλεκτρολύτες, καθώς αποτελούν δείκτες νεφρικής λειτουργίας. Ωστόσο, η μέθοδος προσδιορισμού τους είναι αρκετά ασταθής, ειδικά για το κάλιο, και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες της ποιότητας του ορού, όπως η αιμόλυση, απαιτώντας συχνά την επανάληψη στην περίπτωση εμφάνισης ακραίων τιμών.

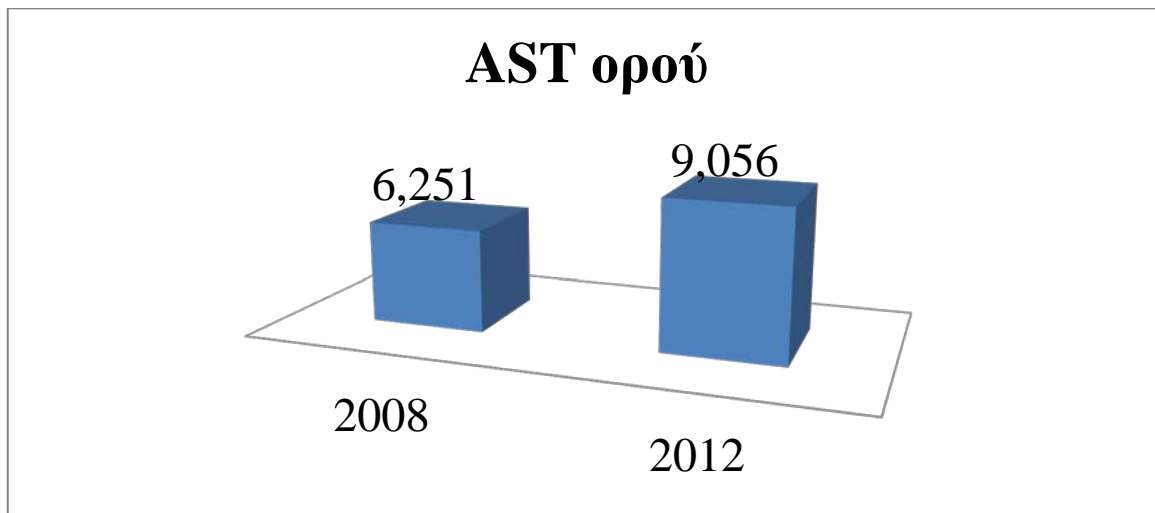
6. Χλώριο ορού



	2008	2012	+/-
Χλώριο ορού	1.123	1.565	442 (+39,4%)

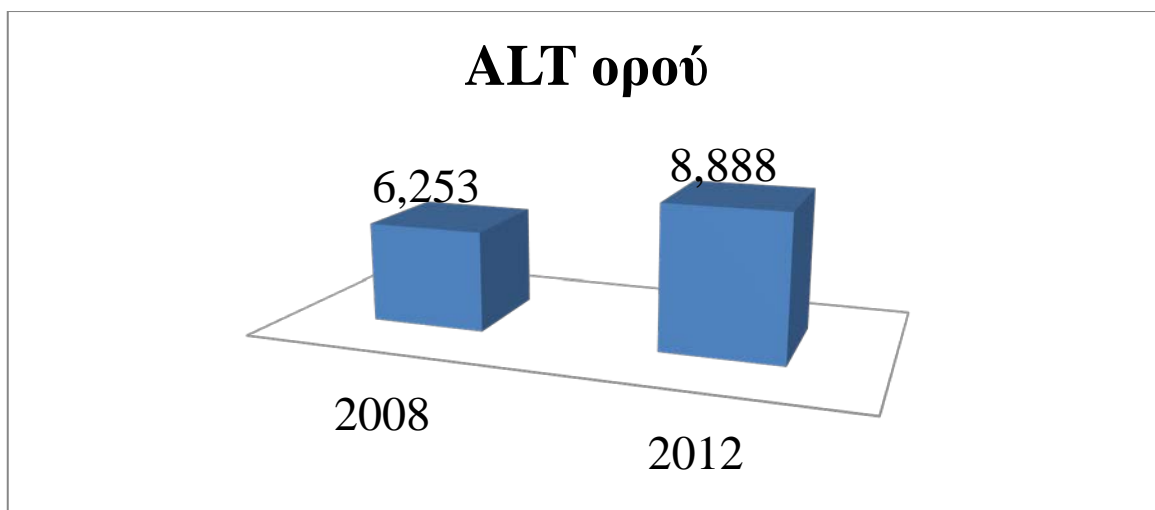
Η εξέταση του χλωρίου συνήθως δε ζητείται στο βασικό εργαστηριακό έλεγχο και μόνη της. Ζητείται συχνά όταν υπάρχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές που διαπιστώνονται αρχικώς με την εξέταση του νατρίου και του καλίου ορού.

7. Ασπαρτική αμινοτρανσφεράση ορού



	2008	2012	+/-
Ασπαρτική αμινοτρανσφεράση ορού	6.251	9.056	2.805 (+44.9%)

8. Αλανινική αμινοτρανσφεράση ορού

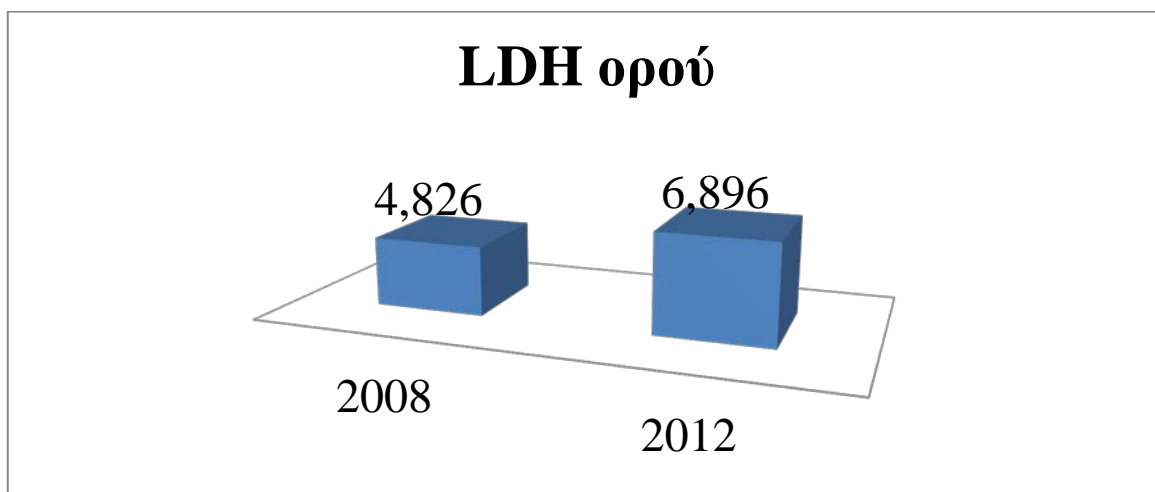


	2008	2012	+/-
Αλανινική αμινοτρανσφεράση ορού	6.253	8.888	2.635 (+42.1%)

Η ταυτόχρονη εξέταση για ασπαρτική και αλανινική αμινοτρανσφεράση (τρανσαμινάσες) αποτελεί μέρος του βασικού βιοχημικού ελέγχου κυρίως για τη διάγνωση ηπατοπαθειών

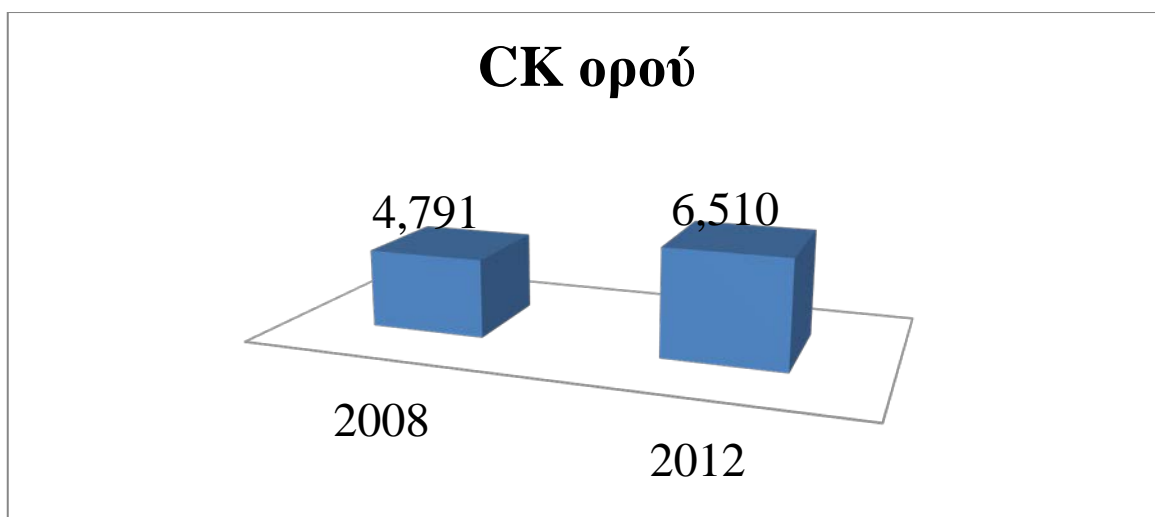
και την επίδραση φαρμάκων για δυσλιπιδαιμία και αντιβιοτικών. Οι τιμές της ασπαρτικής αμινοτρανσφεράσης επηρεάζονται εύκολα από την αιμόλυση του ορού, την λιπιδαιμία και την άσκηση, γεγονός που οδηγεί αρκετές φορές στην επανάληψη της εξέτασης σε περιπτώσεις μη φυσιολογικών τιμών.

9. Γαλακτική δεϋδρογενάση ορού



	2008	2012	+/-
Γαλακτική δεϋδρογενάση ορού	4.826	6.896	2.070 (+42.9%)

10. Κρεατινική κινάση ορού

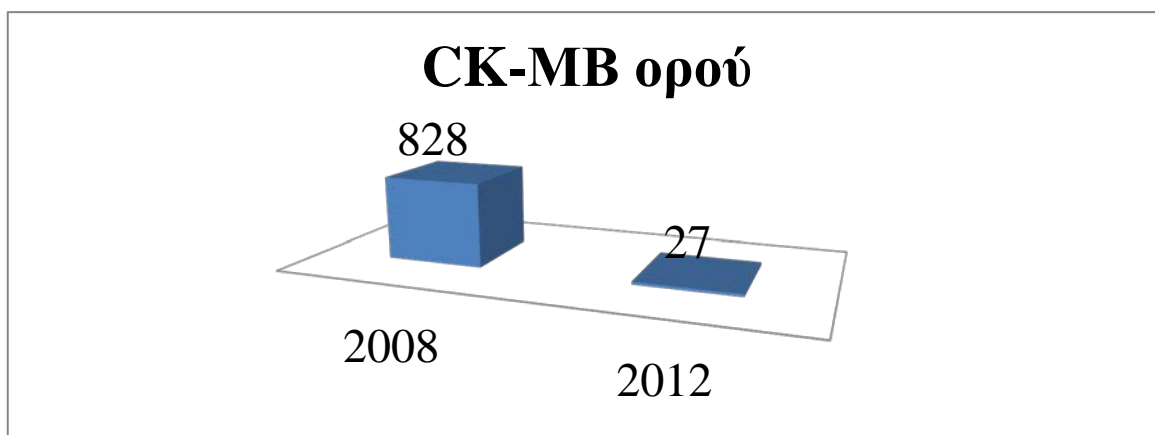


	2008	2012	+/-
Κρεατινική κινάση ορού	4.791	6.510	1.719 (+35.9%)

Οι εξετάσεις για γαλακτική δεϋδρογενάση και κρεατινική κινάση συνήθως ζητούνται ταυτόχρονα για τον έλεγχο καρδιοπαθειών, μυοσκελετικών παθήσεων και

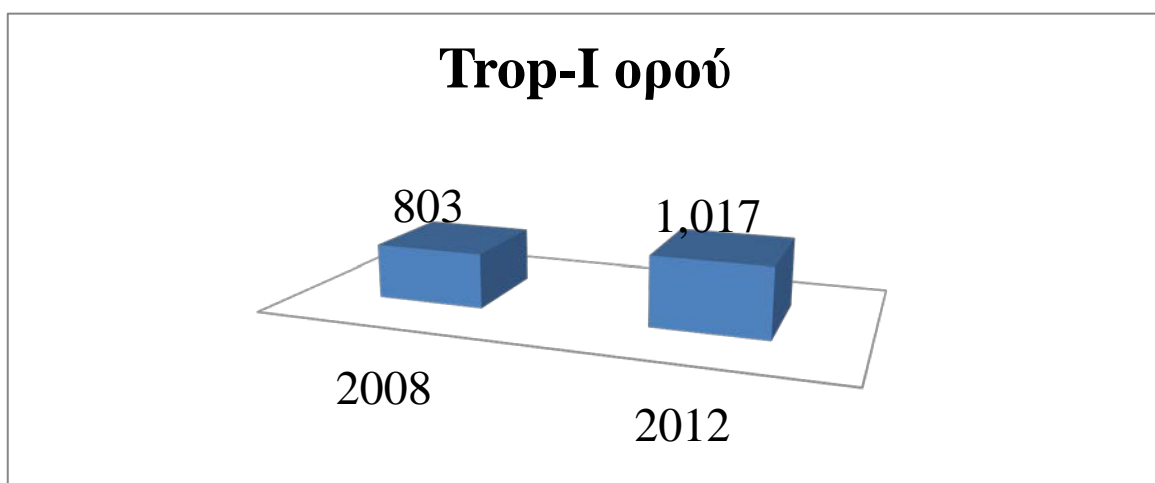
καρκίνων. Οι τιμές της γαλακτικής δεϋδρογενάσης επηρεάζονται από την αιμόλυση του ορού και την έντονη άσκηση και αρκετές φορές απαιτείται η επανάληψη της εξέτασης.

11. Ισοένζυμο MB της κρεατινικής κινάσης ορού



	2008	2012	+/-
Κρεατινική κινάση MB ορού	828	27	-801 (-96.7%)

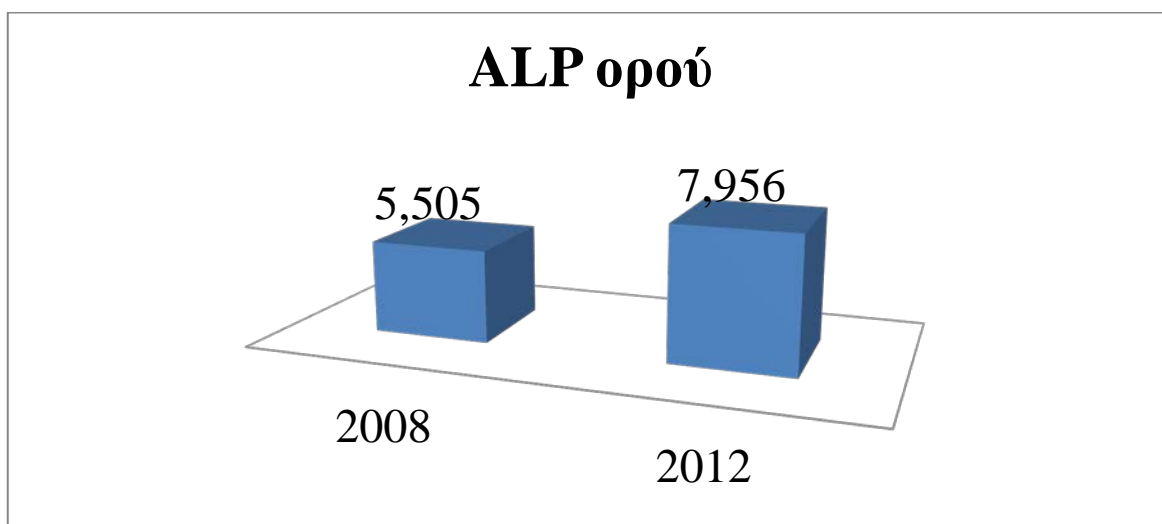
12. Τροπονίνη I ορού



	2008	2012	+/-
Τροπονίνη I ορού	803	1.017	214 (+26.7%)

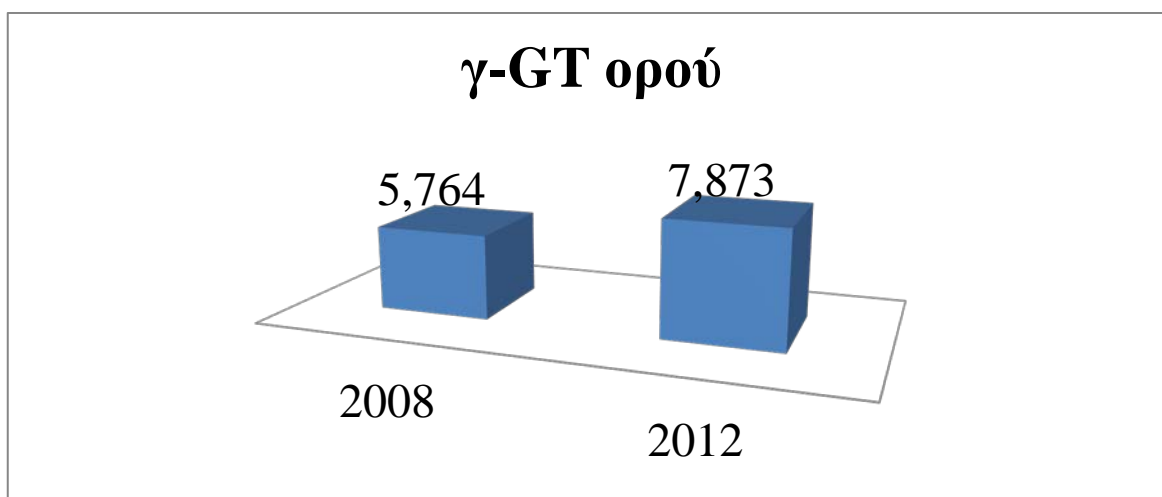
Το ισοένζυμο MB της κρεατινικής κινάσης ορού αποτελεί δείκτη οξέως εμφράγματος μυοκαρδίου και παρακολούθησής του, όπως και η τροπονίνη I ορού. Ωστόσο, η τροπονίνη I παραμένει αυξημένη περισσότερο από ότι η CK-MB και είναι περισσότερο ειδική για την καρδιά.

13. Αλκαλική φωσφατάση ορού



	2008	2012	+/-
Αλκαλική φωσφατάση ορού	5.505	7.956	2.451 (+44.5%)

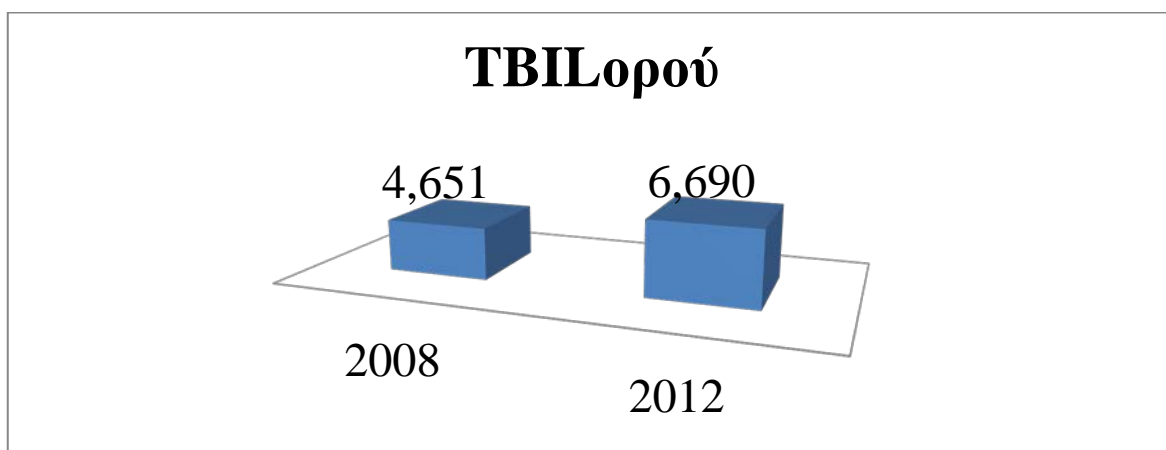
14. Γάμμα-γλουταμυλτρανσφεράση ορού



	2008	2012	+/-
Γάμμα-γλουταμυλτρανσφεράση ορού	5.764	7.873	2.109 (+36,6%)

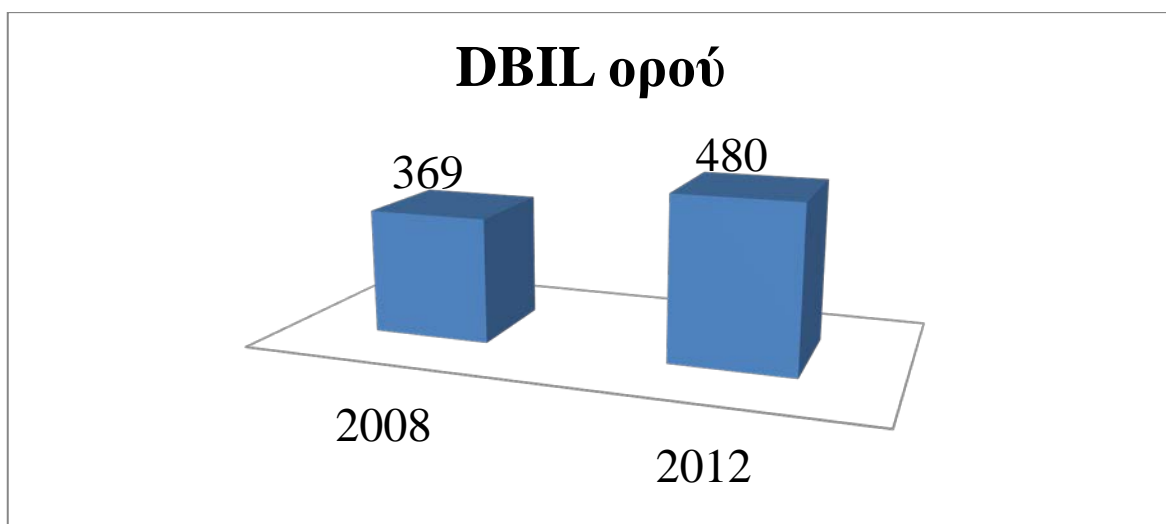
Οι εξετάσεις της αλκαλικής φωσφατάσης και της γάμμα-γλουταμυλτρανσφεράσης γίνονται για τον έλεγχο παθήσεων του ήπατος και των χοληφόρων οδών, για το διαχωρισμό σκελετικών και ηπατικών παθήσεων (ειδικά όταν η αλκαλική φωσφατάση είναι υψηλή ζητείται έλεγχος της γ-GT) και ως καρκινικών δεικτών.

15. Ολική χολερυθρίνη ορού



	2008	2012	+/-
Ολική χολερυθρίνη ορού	4.651	6.690	2.039 (+43.8%)

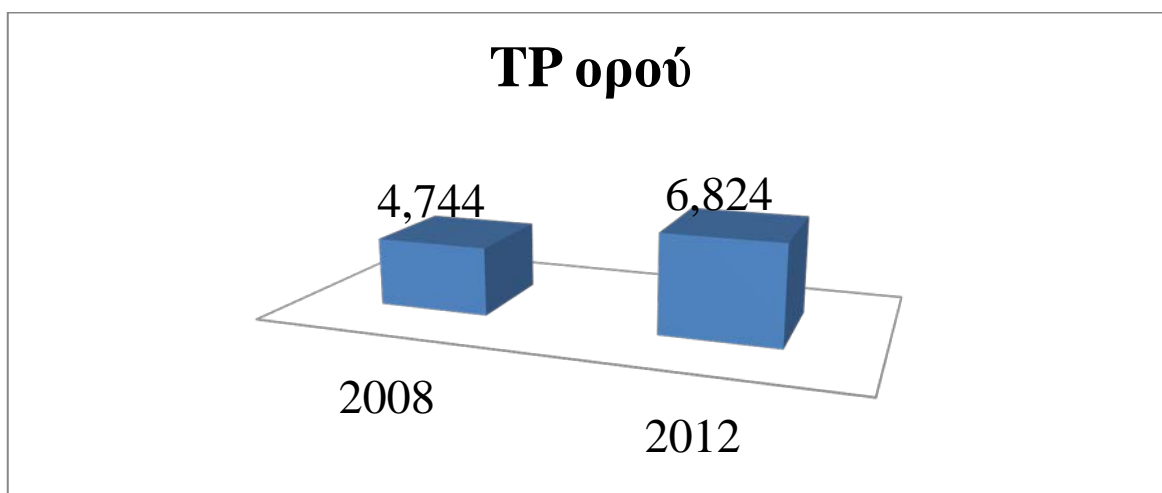
16. Άμεση χολερυθρίνη ορού



	2008	2012	+/-
Άμεση χολερυθρίνη ορού	369	480	111 (+30.1%)

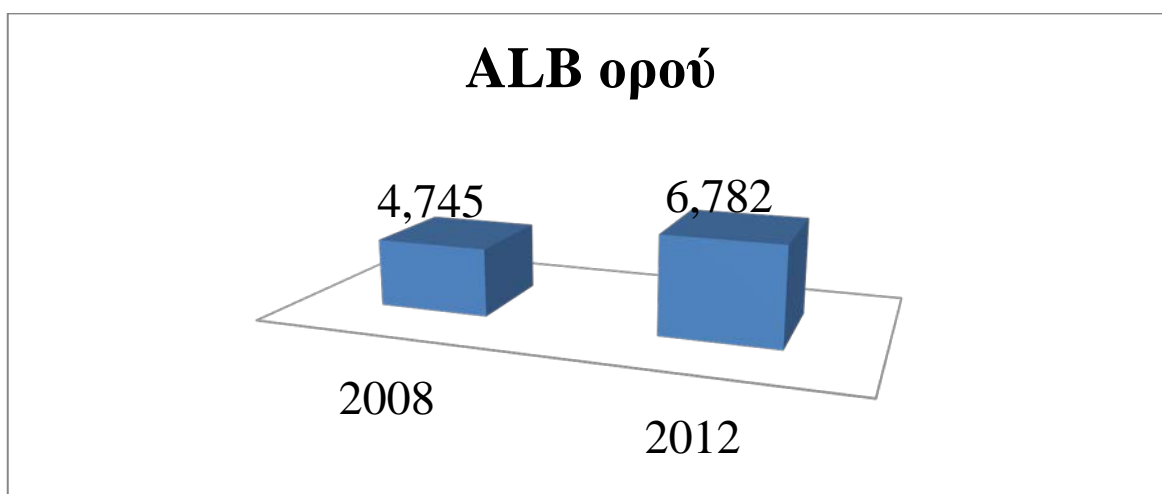
Οι εξετάσεις για τον προσδιορισμό της ολικής και της άμεσης χολερυθρίνης γίνονται για την διάγνωση ηπατοπαθειών, απόφραξης χοληφόρων και του ικτέρου που προκαλούν. Έμμεσα υπολογίζεται μαθηματικώς η έμμεση χολερυθρίνη που αφορά σε αιμολυτικές καταστάσεις. Ο προσδιορισμός της άμεσης χολερυθρίνης γίνεται μόνο όταν η ολική χολερυθρίνη είναι σε αυξημένα επίπεδα.

17. Ολικές πρωτεΐνες ορού



	2008	2012	+/-
Ολικές πρωτεΐνες ορού	4.744	6.824	2.080 (+43.8%)

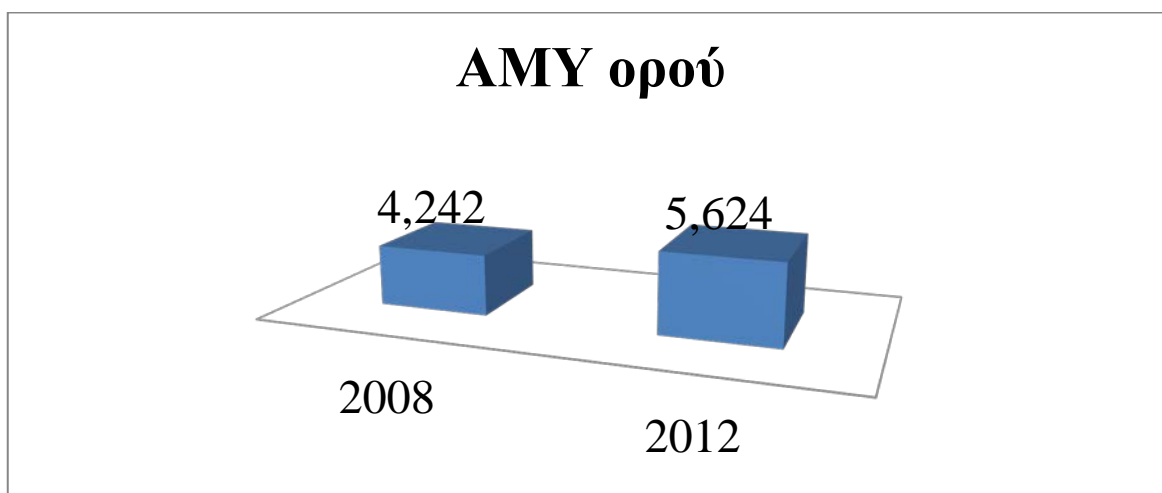
18. Αλβουμίνη ορού



	2008	2012	+/-
Αλβουμίνη ορού	4.745	6.782	2.037 (+42.9%)

Ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης στον ορό των ολικών πρωτεϊνών και της αλβουμίνης συνήθως γίνεται ταυτόχρονα κι αποσκοπεί στη διερεύνηση ηπατικών νοσημάτων και νοσημάτων αυτοάνοσης αιτιολογίας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αλβουμίνης.

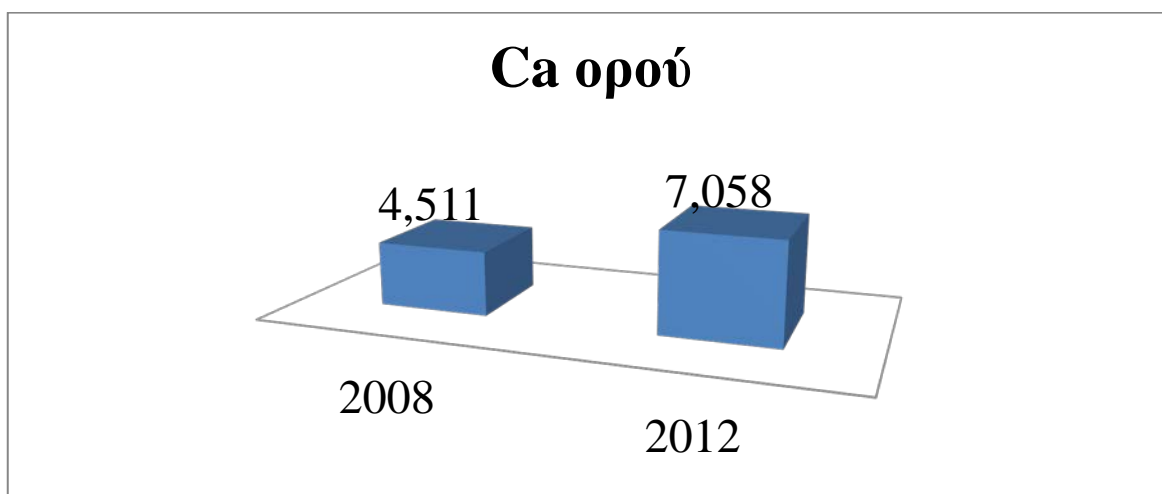
19. Αμυλάση ορού



	2008	2012	+/-
Αμυλάση ορού	4.242	5.624	1.382 (+32.6%)

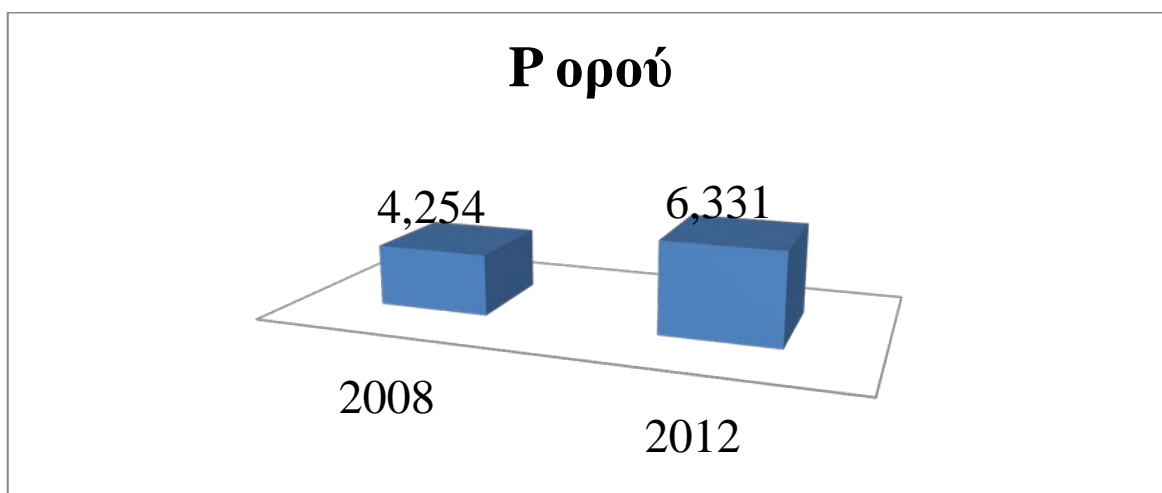
Αποτελεί εξέταση εκλογής για τη διάγνωση νόσων του παγκρέατος και την παρακολούθησή τους.

20. Ασβέστιο ορού



	2008	2012	+/-
Ασβέστιο ορού	4.511	7.058	2.547 (+56.5%)

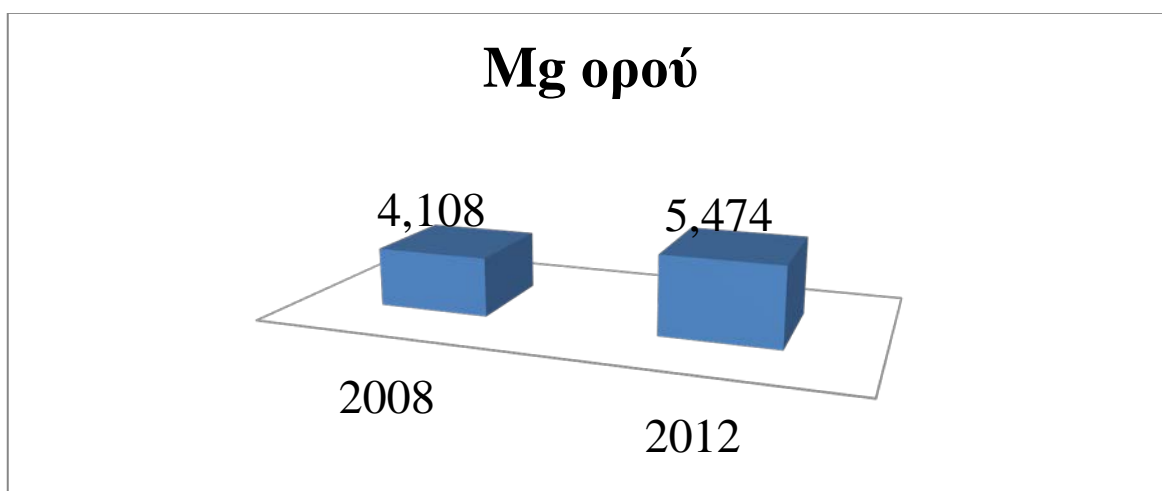
21. Φώσφορος ορού



	2008	2012	+/-
Φώσφορος ορού	4.254	6.331	2.077 (+48.8%)

Οι εξετάσεις για τον προσδιορισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου στον ορό πραγματοποιούνται για την εκτίμηση του μεταβολισμού των οστών, μυοσκελετικών νόσων, ορμονολογικών διαταραχών, νοσημάτων του αίματος ή κακοηθειών. Οι τιμές τους επηρεάζονται από παράγοντες, όπως ο τρόπος αιμοληψίας (παρατεταμένη περίδεση) ή ηλικία (ειδικά ο φώσφορος στα παιδιά βρίσκεται αυξημένος), οπότε δεν είναι σπάνια η επανάληψη της μέτρησης. Αρκετά συχνά προσδιορίζεται μόνο το ασβέστιο πρώτα και σε διαταραχές του μετρείται και ο φώσφορος.

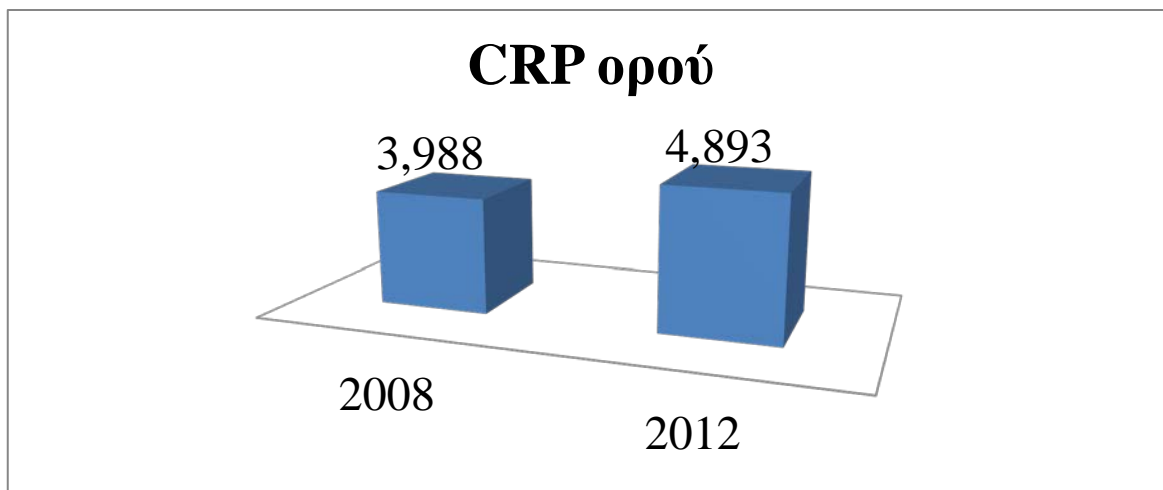
22. Μαγνήσιο ορού



	2008	2012	+/-
Μαγνήσιο ορού	4.108	5.474	1.366 (+33,3%)

Η εξέταση για τον προσδιορισμό του μαγνησίου στον ορό γίνεται σε περιπτώσεις ηλεκτρολυτικών διαταραχών (όπως προκύπτει πρώτα από την εξέταση για νάτριο και κάλιο ορού), σε περιπτώσεις αρρυθμιών ή οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και σε νευρομυϊκές παθήσεις. Είναι αρκετά ασταθής εξέταση καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως η αιμόλυση του ορού, φάρμακα, άσκηση, κ.ά., και για αυτό το λόγο πραγματοποιείται συχνά επανέλεγχος της μέτρησής της σε μη φυσιολογικές τιμές.

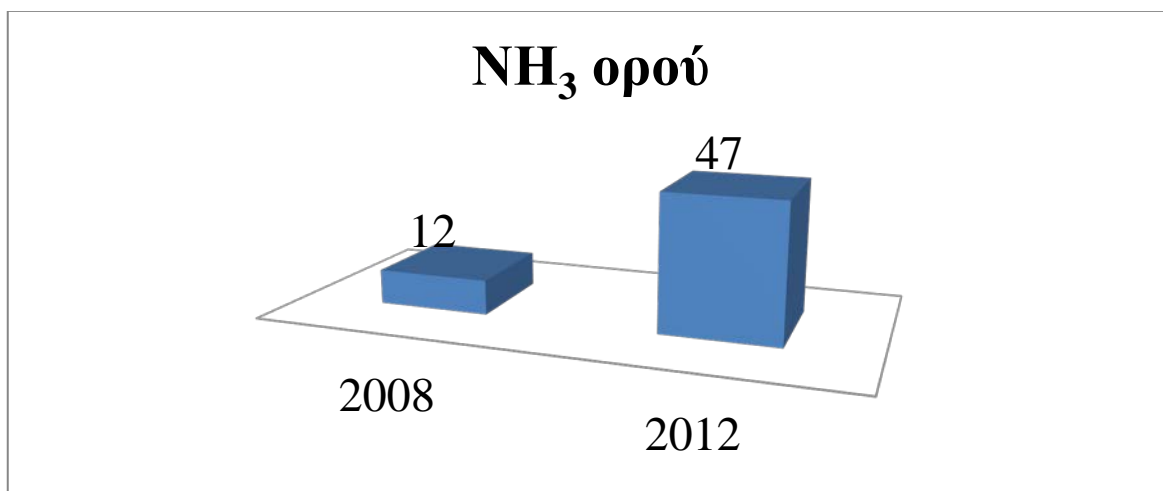
23. C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ορού



	2008	2012	+/-
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ορού	3.988	4.893	905 (+22,7%)

Αποτελεί ευαίσθητο δείκτη φλεγμονής και καρκινικός δείκτης.

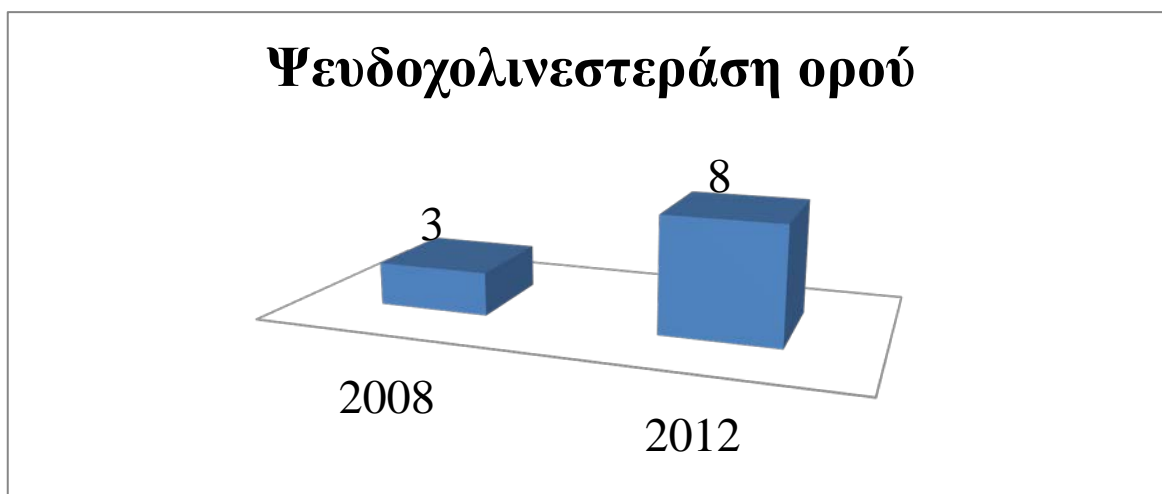
24. Αμμωνία ορού



	2008	2012	+/-
Αμμωνία ορού	12	47	35 (+292%)

Η εξέταση της αμμωνίας στον ορό πραγματοποιείται για τη διερεύνηση ηπατοπαθειών και απαιτεί ειδική προετοιμασία του ασθενή.

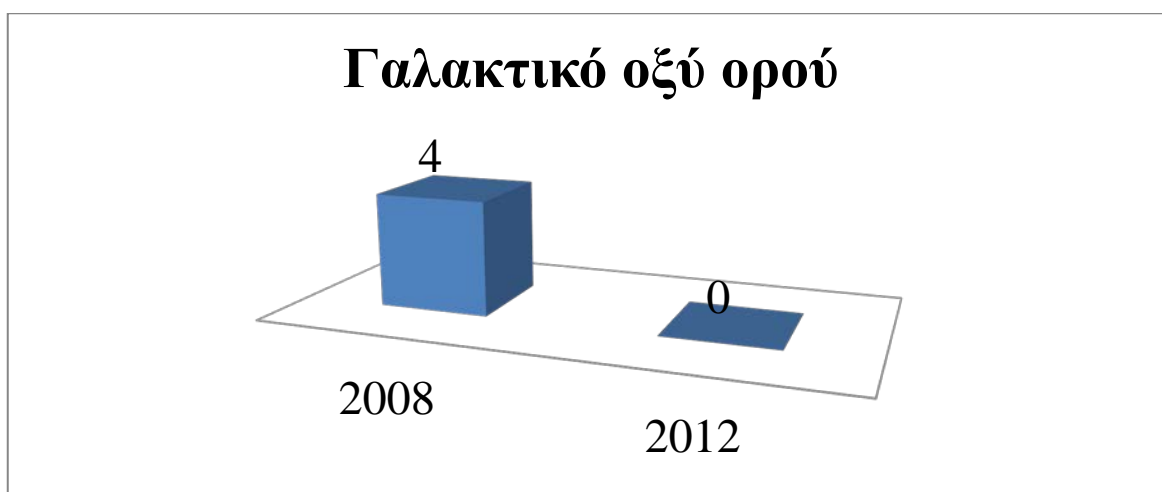
25. Ψευδοχολινεστεράση ορού



	2008	2012	+/-
Ψευδοχολινεστεράση ορού	3	8	5 (+166%)

Πρόκειται για εξέταση που γίνεται σε περιπτώσεις ηπατικής ανεπάρκειας ή σε δηλητηριάσεις με εντομοκτόνα.

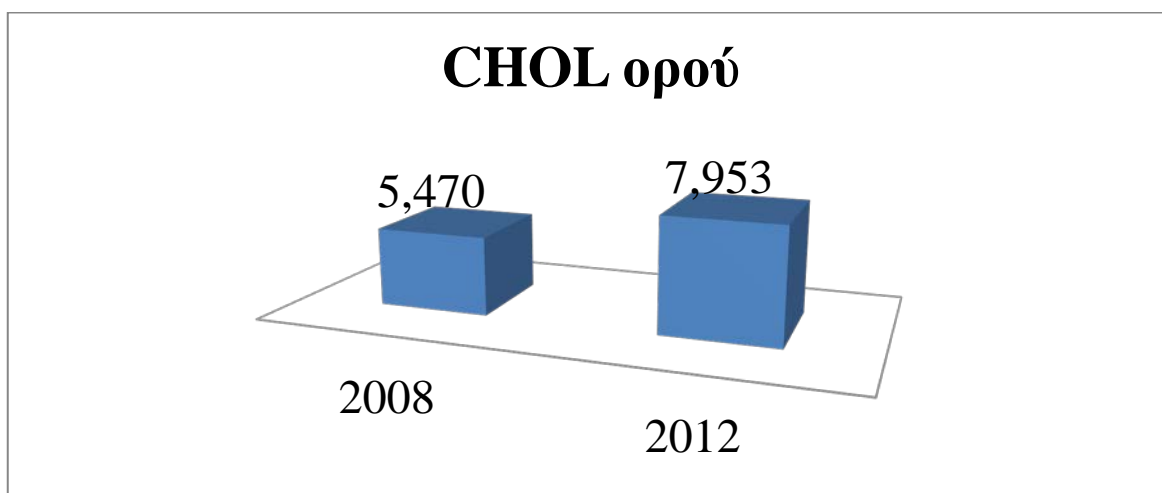
26. Γαλακτικό οξύ ορού



	2008	2012	+/-
Γαλακτικό οξύ ορού	4	0	-4 (-100%)

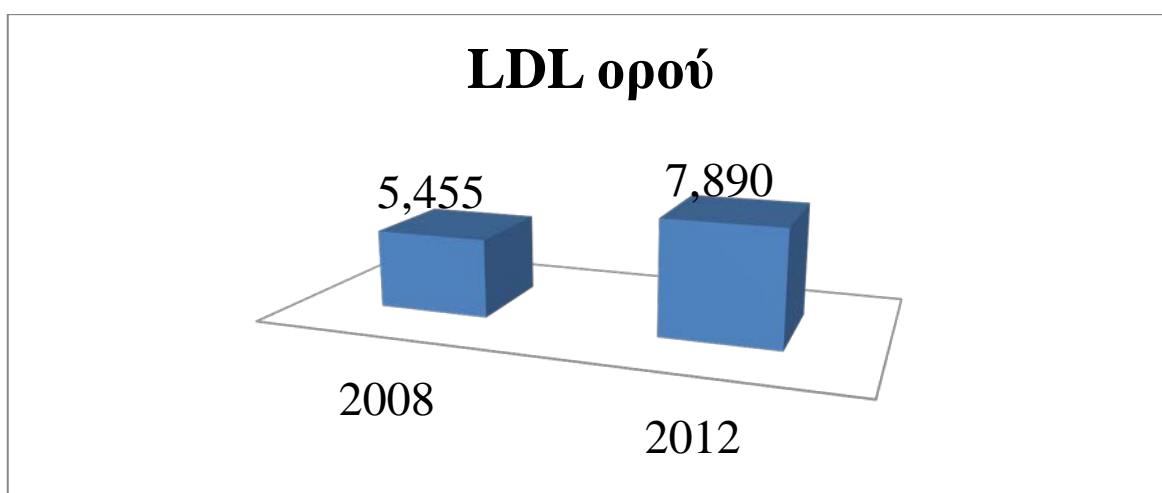
Το γαλακτικό οξύ του ορού μετρείται σε ειδικές περιπτώσεις μυοπαθειών ή γαλακτικής και μεταβολικής οξέωσης (όπως σε διαβητικούς ασθενείς).

27. Χοληστερίνη ορού



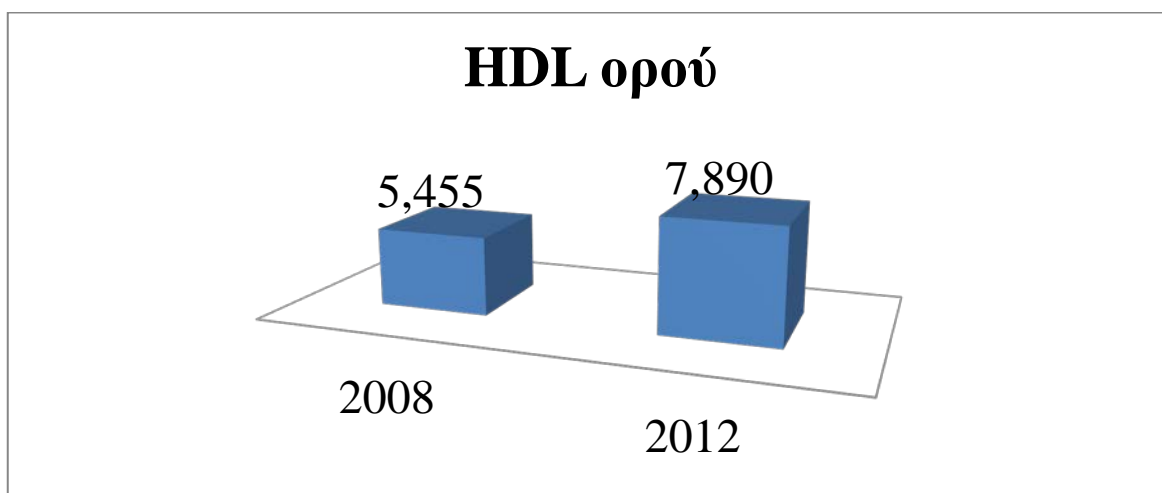
	2008	2012	+/-
Χοληστερίνη ορού	5.470	7.953	2.483 (+45,4%)

28. Χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ορού



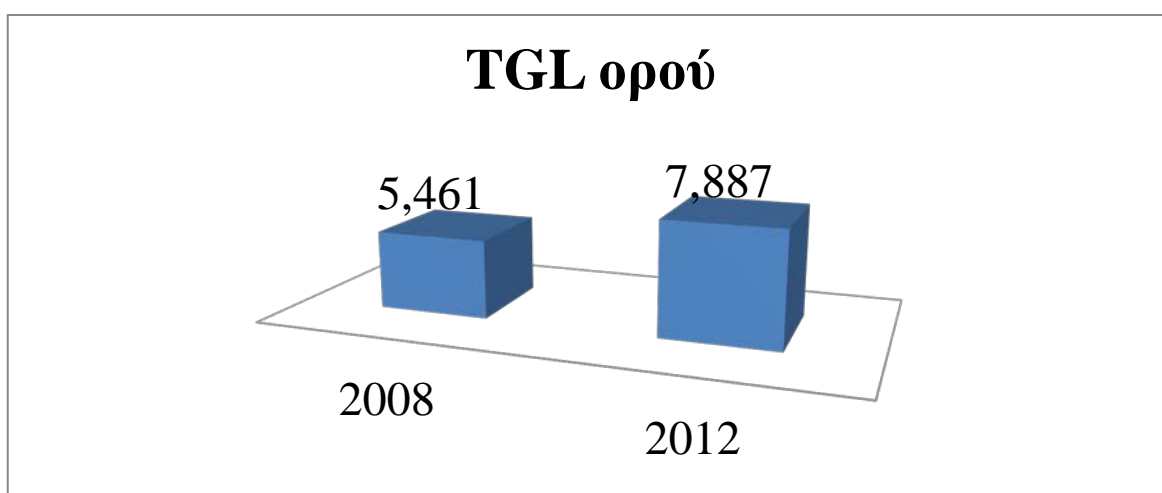
	2008	2012	+/-
Χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ορού	5.470	7.953	2.483 (+45,4%)

29. Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ορού



	2008	2012	+/-
Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ορού	5.455	7.890	2.435 (+44.6%)

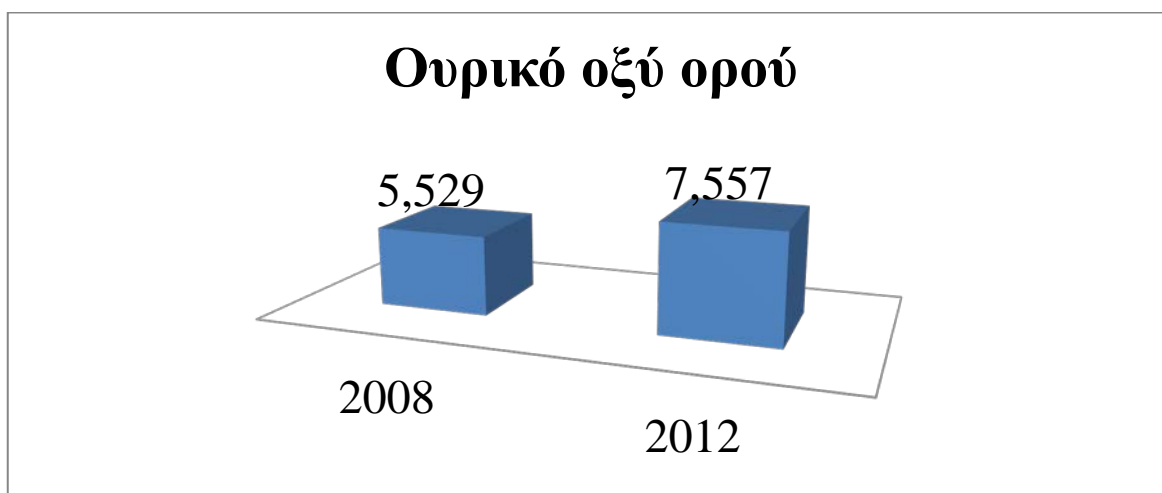
30. Τριγλυκερίδια ορού



	2008	2012	+/-
Τριγλυκερίδια ορού	5.461	7.887	2.426 (+44.4%)

Ο βασικός έλεγχος των λιπιδίων σε έναν ασθενή περιλαμβάνει την εξέταση της χοληστερίνης, της υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης, των τριγλυκεριδίων και της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης.

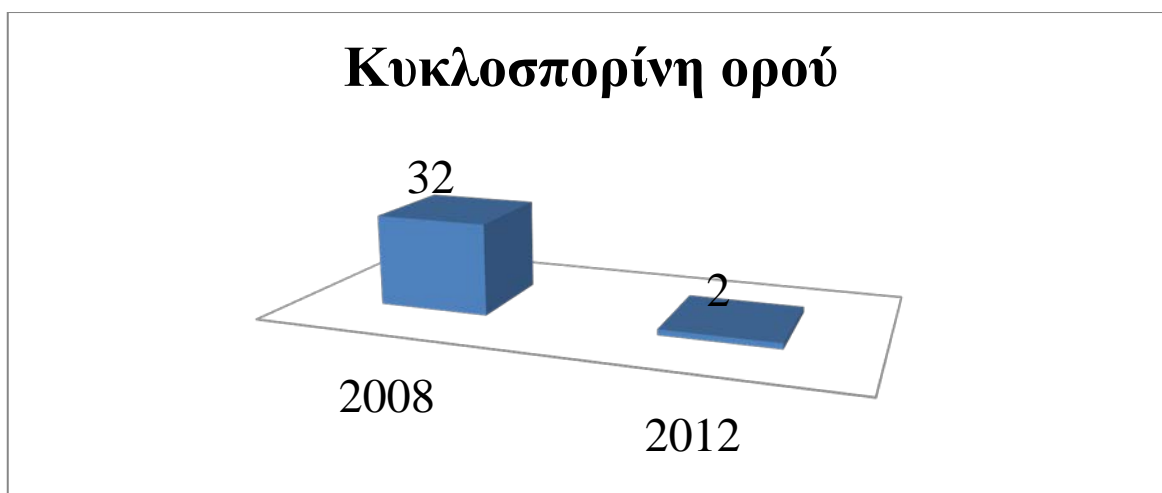
31. Ουρικό οξύ ορού



	2008	2012	+/-
Ουρικό οξύ ορού	5.529	7.557	2.028 (+36,7%)

Η εξέταση του ουρικού οξέος στον ορό πραγματοποιείται για τη διάγνωση νοσημάτων διαφόρων ειδικοτήτων, όπως νεφρική δυσλειτουργία, ουρική αρθρίτιδα, παχυσαρκία, ισχαιμική καρδιοπάθεια, κακοήθειες παθήσεις. Οι τιμές του επηρεάζονται από κατανάλωση καφέ, το στρες και την υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες διατροφή.

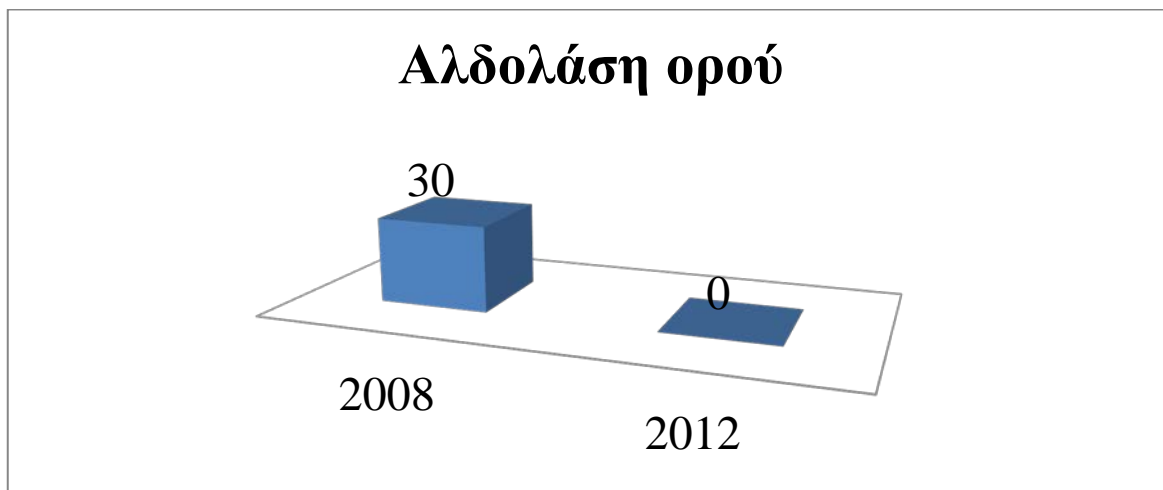
32. Κυκλοσπορίνη ορού



	2008	2012	+/-
Κυκλοσπορίνη ορού	32	2	-30 (-93,8%)

Αποτελεί ειδική εξέταση για την ανίχνευση επιπέδων κυκλοσπορίνης μεταμοσχευθέντων ασθενών.

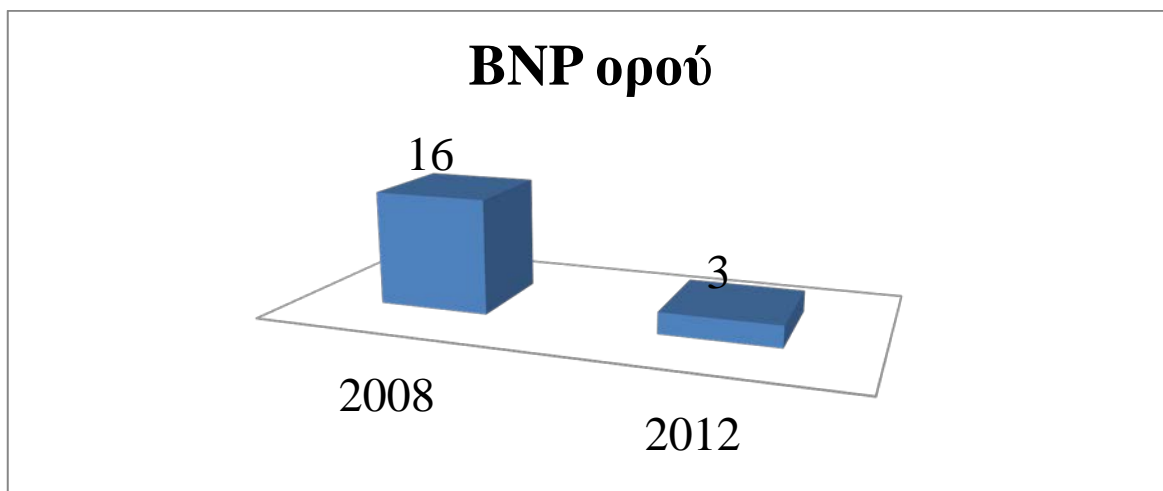
33. Αλδολάση ορού



	2008	2012	+/-
Αλδολάση ορού	30	0	-30 (-100%)

Η εξέταση της αλδολάσης στον ορό χρησιμοποιείται για τη διαφορική διάγνωση αρκετών νοσημάτων όπου υπάρχει κυτταρική νέκρωση (σκελετικών μυών, ήπατος, νεφρών, μυοκαρδίου, νευρικών ιστών) και ως μη ειδικός καρκινικός δείκτης.

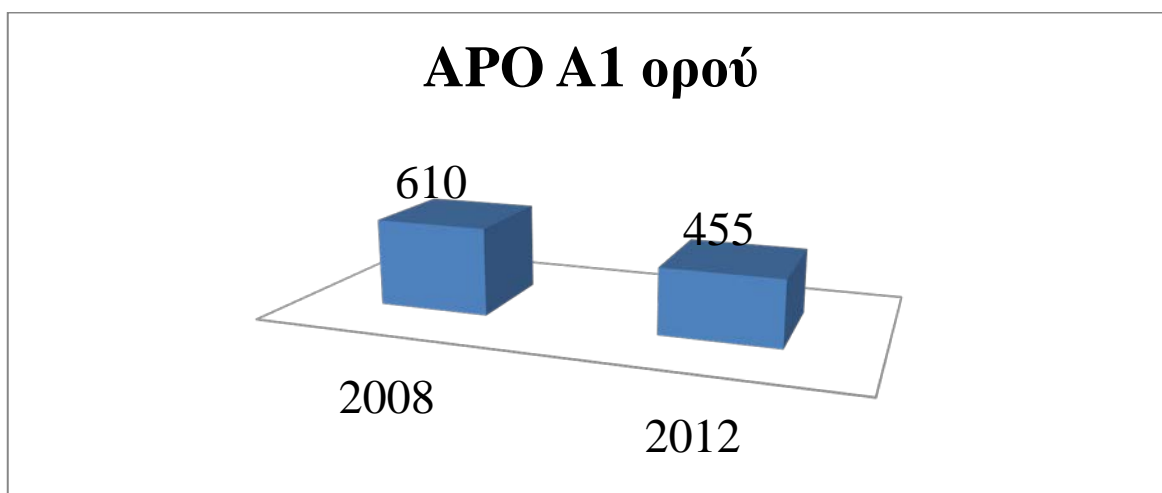
34. Νατριουρητικό πεπτίδιο του εγκεφάλου (BNP) ορού



	2008	2012	+/-
Νατριουρητικό πεπτίδιο του εγκεφάλου ορού	16	3	-13 (-81%)

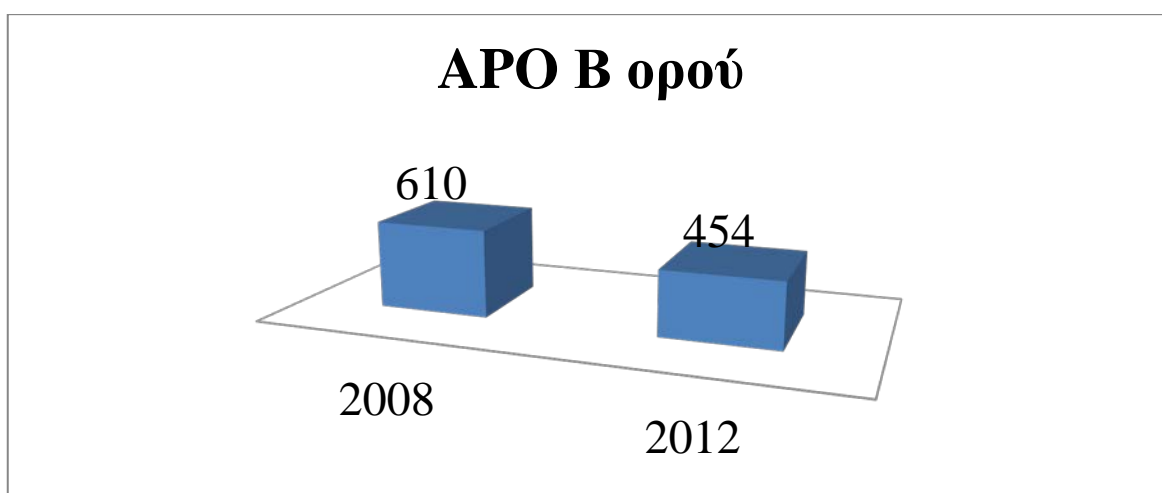
Η εξέταση του BNP ορού αποτελεί ειδική εξέταση σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και δυσλειτουργία των κοιλιών της καρδιάς.

35. Απολιποπρωτεΐνη Α1 ορού



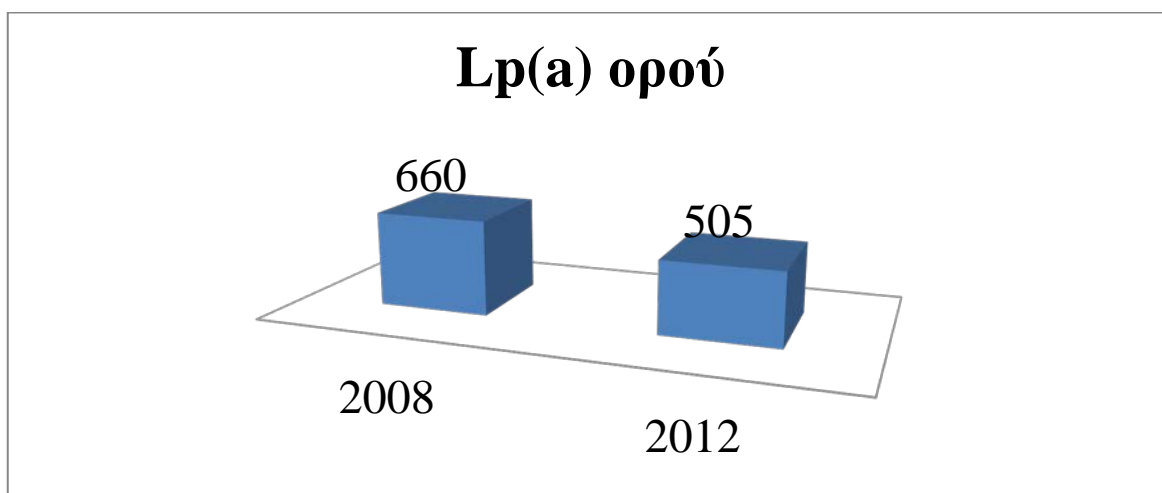
	2008	2012	+/-
Απολιποπρωτεΐνη Α1 ορού	610	455	-155 (-25,4%)

36. Απολιποπρωτεΐνη Β ορού



	2008	2012	+/-
Απολιποπρωτεΐνη Β ορού	610	454	-156 (-25,6%)

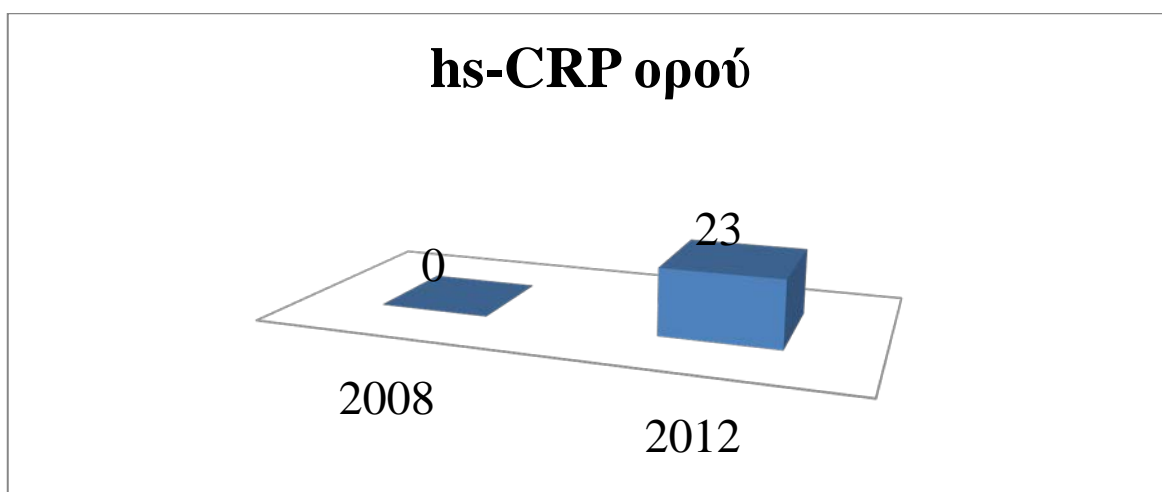
37. Λιποπρωτεΐνη α ορού



	2008	2012	+/-
Λιποπρωτεΐνη α ορού	660	505	-155 (-23,5%)

Οι εξετάσεις για τις απολιποπρωτεΐνες A και B καθώς και για την λιποπρωτεΐνη α στον ορό πραγματοποιούνται συνήθως μαζί για τον έλεγχο ασθενών με δυσλιπιδαιμία και την εκτίμηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Οι τιμές τους επηρεάζονται από την ηλικία, το κάπνισμα, την εμμηνόπαυση και τη διατροφή, γι' αυτό απαιτούν κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς.

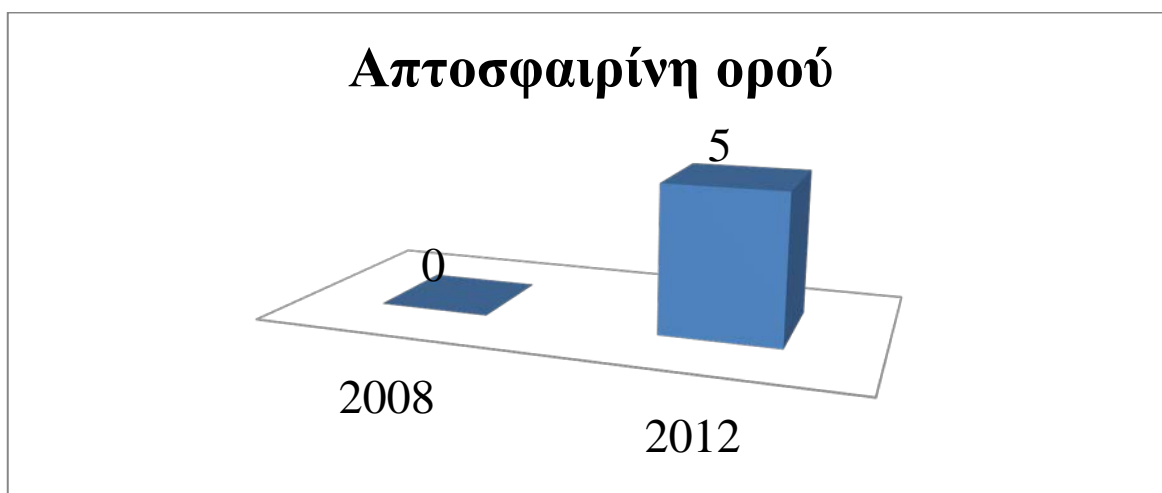
38. Υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ορού



	2008	2012	+/-
Υψηλής ευαισθησίας -CRP ορού	0	23	23

Αποτελεί ειδική εξέταση για την ανίχνευση πολύ χαμηλών επιπέδων CRP στον ορό (νεφελομετρικά) για την πρόγνωση καρδιαγγειακών παθήσεων σε υγιή άτομα.

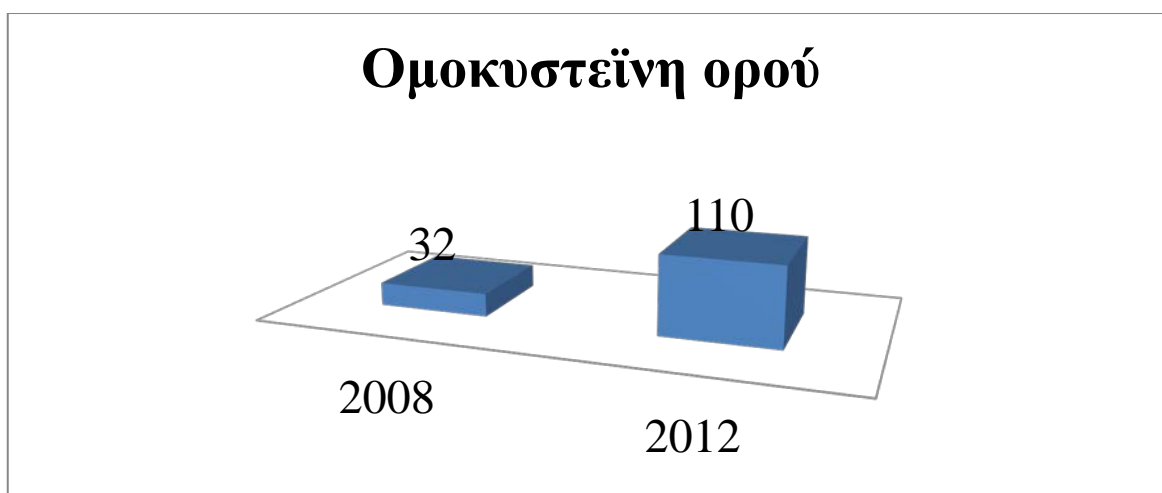
39. Απτοσφαιρίνη ορού



	2008	2012	+/-
Απτοσφαιρίνη ορού	0	5	5

Η εξέταση απτοσφαιρίνης ορού πραγματοποιείται επίσης νεφελομετρικά και αποτελεί δείκτη ενδοαγγειακής αιμόλυσης που μπορεί να συμβεί σε μια σειρά από παθήσεις. Επηρεάζεται από την αιμόλυση του ορού, την έντονη άσκηση και τα κορτικοστεροειδή.

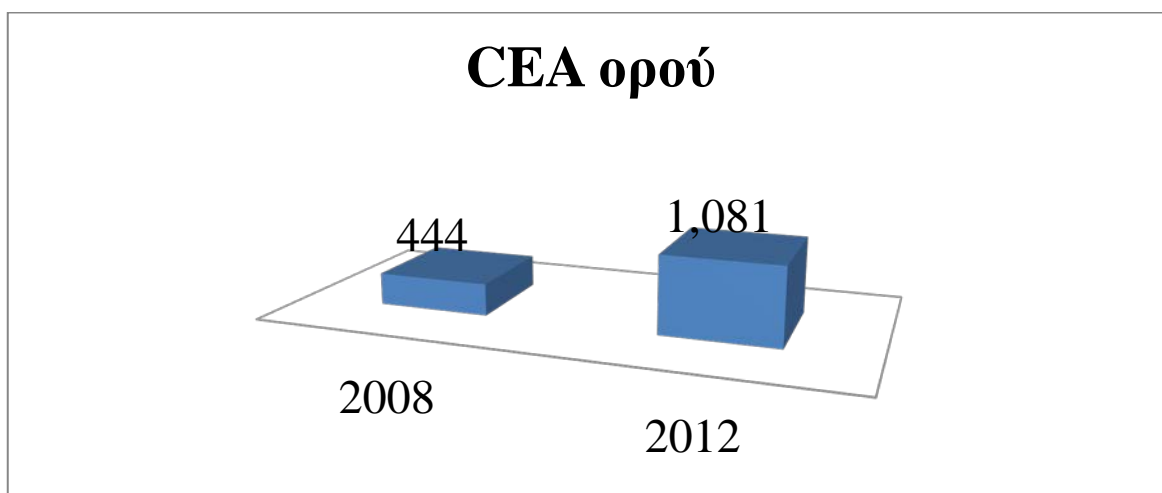
40. Ομοκυστεΐνη ορού



	2008	2012	+/-
Ομοκυστεΐνη ορού	32	110	78 (+243,8%)

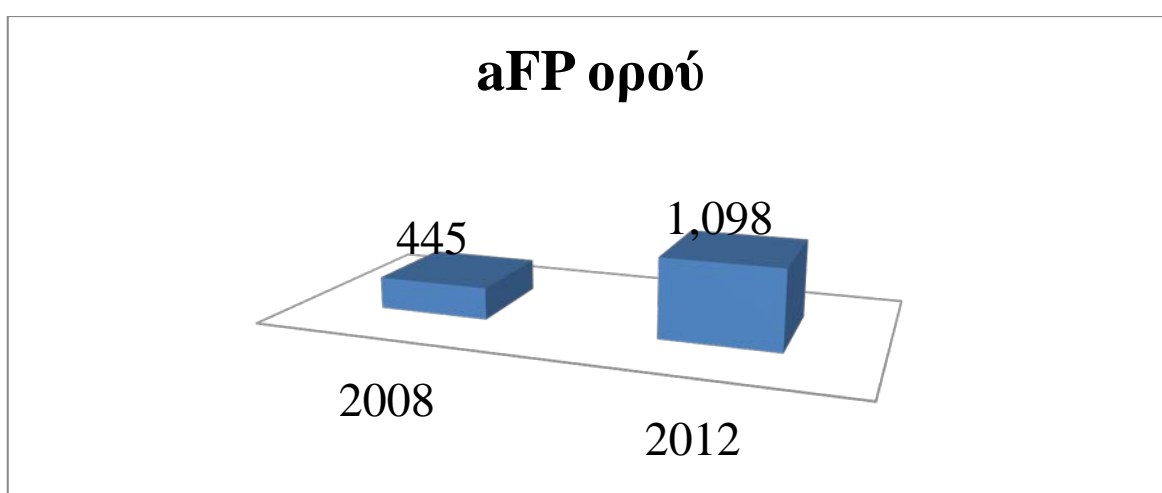
Η ομοκυστεΐνη ορού αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις σε υγιή άτομα και άτομα υψηλού κινδύνου.

41. Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο ορού



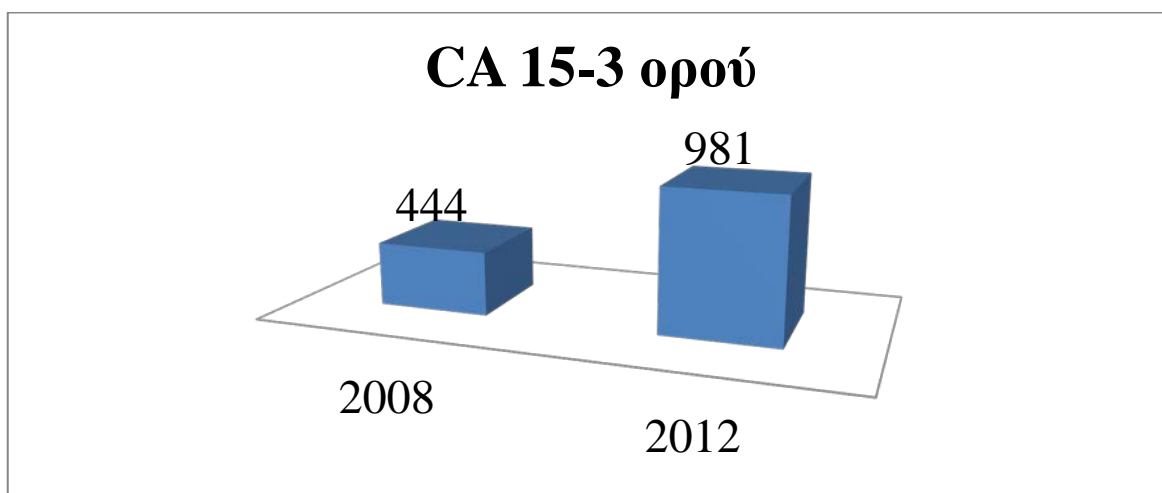
	2008	2012	+/-
Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο ορού	444	1.081	637 (+143,5%)

42. α-Φέτοπρωτεΐνη ορού



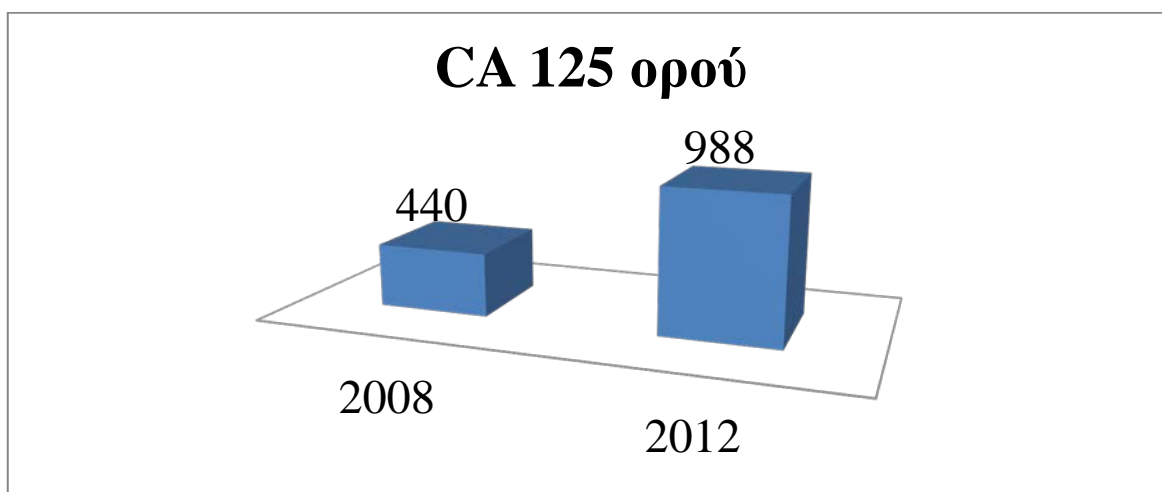
	2008	2012	+/-
α-Φέτοπρωτεΐνη ορού	445	1.098	653 (+146,7%)

43. Καρκινικό αντιγόνο 15-3 ορού



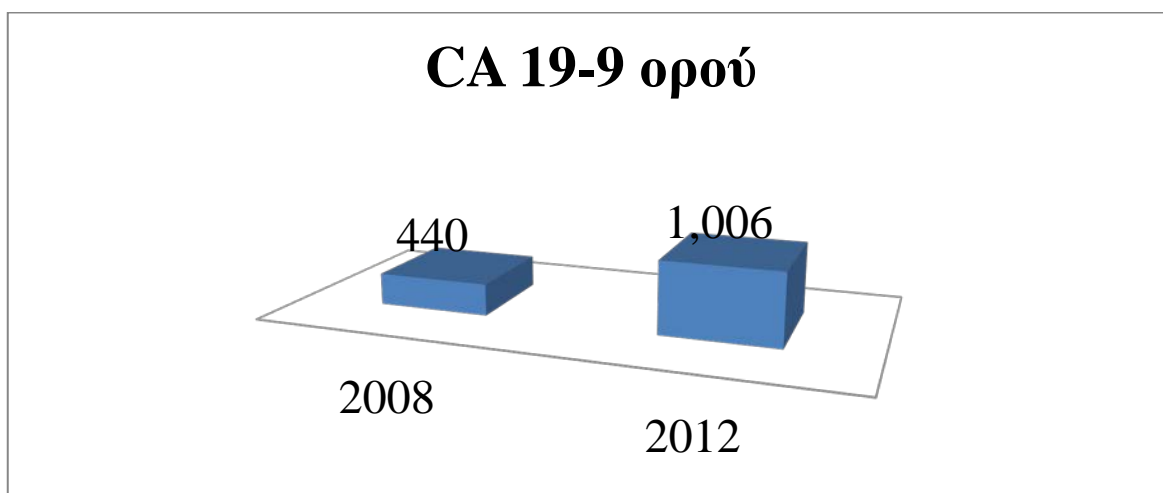
	2008	2012	+/-
Καρκινικό αντιγόνο 15-3 ορού	444	981	537 (+121%)

44. Καρκινικό αντιγόνο 125 ορού



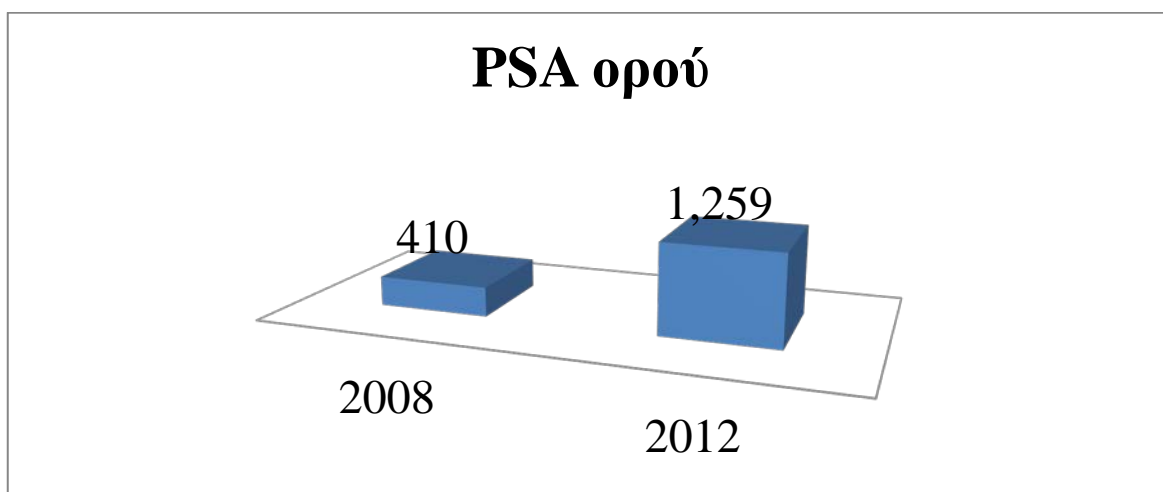
	2008	2012	+/-
Καρκινικό αντιγόνο 125 ορού	440	988	548 (+125%)

45. Καρκινικό αντιγόνο 19-9 ορού



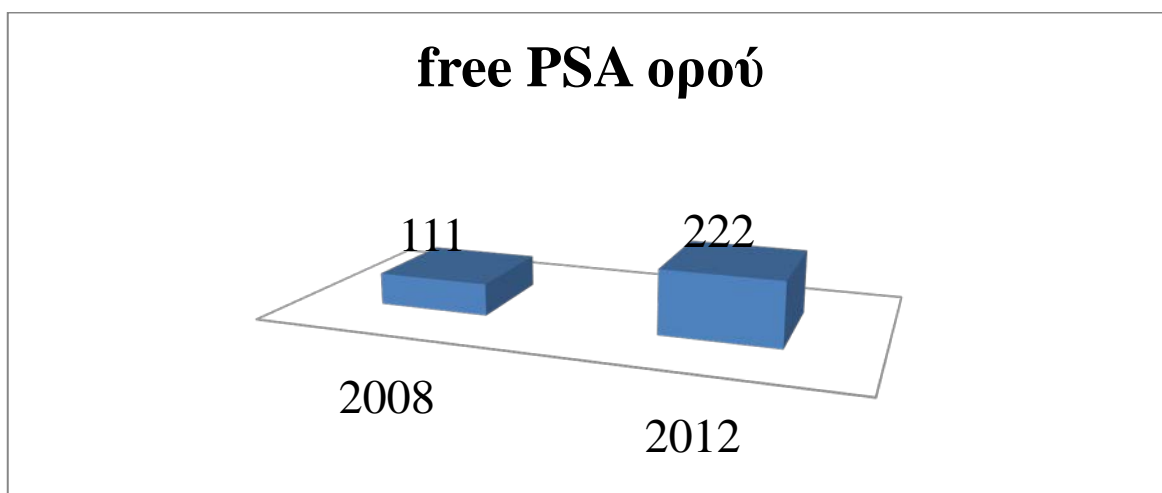
	2008	2012	+/-
Καρκινικό αντιγόνο 19-9 ορού	440	1.006	566 (+128,6%)

46. Ειδικό προστατικό αντιγόνο ορού



	2008	2012	+/-
Ειδικό προστατικό αντιγόνο ορού	410	1.259	849 (+207,1%)

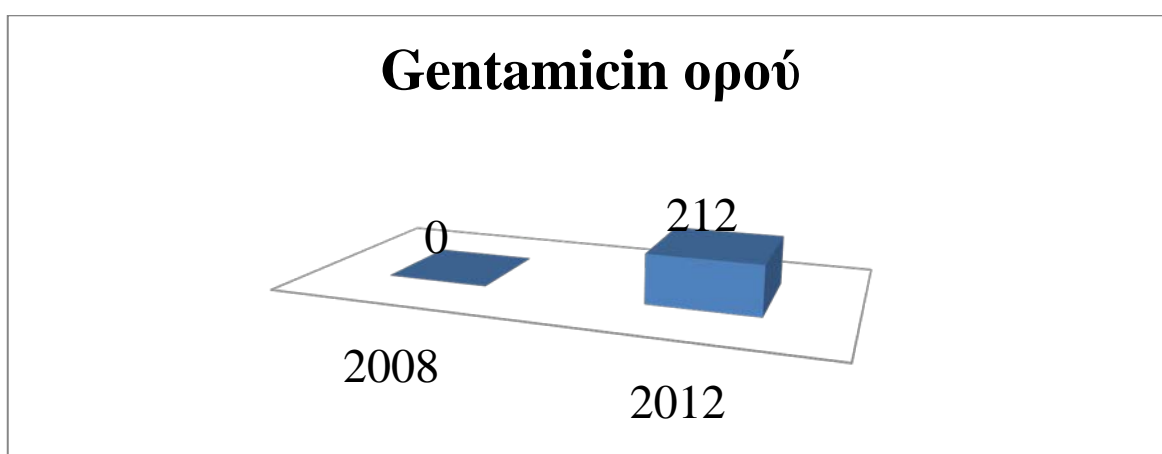
47. Ελεύθερο κλάσμα ειδικού προστατικού αντιγόνου ορού



	2008	2012	+/-
Ελεύθερο κλάσμα PSA ορού	111	222	111 (+100%)

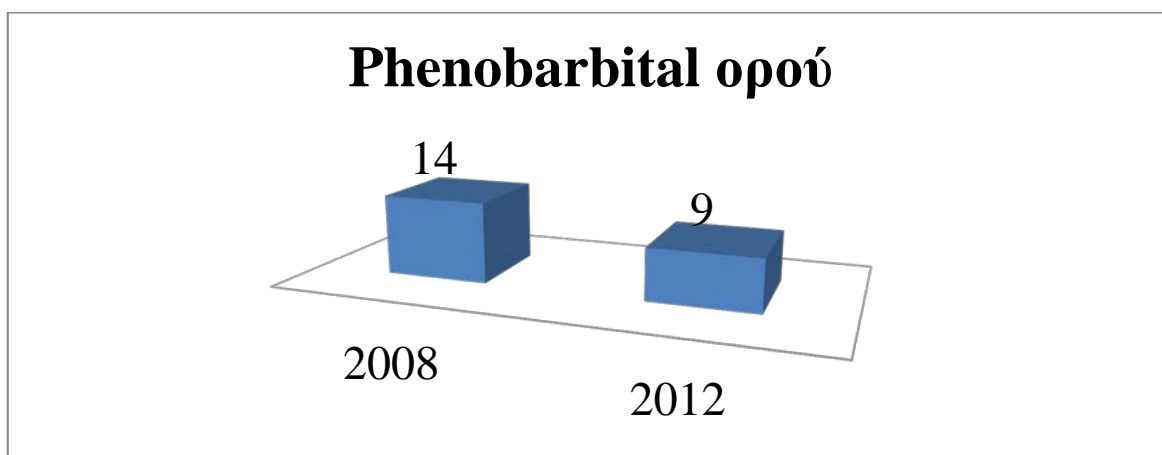
Οι παραπάνω εξετάσεις καρκινικών δεικτών πραγματοποιούνται για την πρώιμη διάγνωση καρκινικών νόσων. Κάθε «δείκτης» έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά χρησιμότητας, όπως ανίχνευσης, προσδιορισμού διάγνωσης και πρόγνωσης, στάθμισης της ανταπόκρισης στη θεραπεία και παρακολούθησης της επανεμφάνισης συγκεκριμένης καρκινικής νόσου. Κάποιοι από αυτούς είναι μη ειδικοί καθώς μπορούν να αυξηθούν και σε άλλες καταστάσεις φυσιολογικές ή μη (κάπνισμα, φλεγμονή, κ.α.).

48. Επίπεδα γενταμικίνης ορού



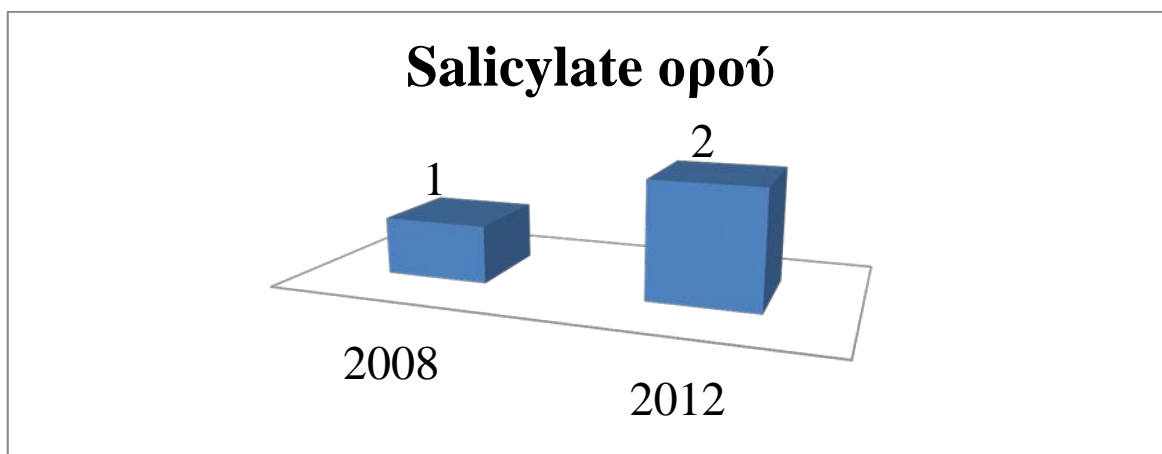
	2008	2012	+/-
Επίπεδα γενταμικίνης ορού	0	212	212

49. Επίπεδα φαινοβαρβιτάλης ορού



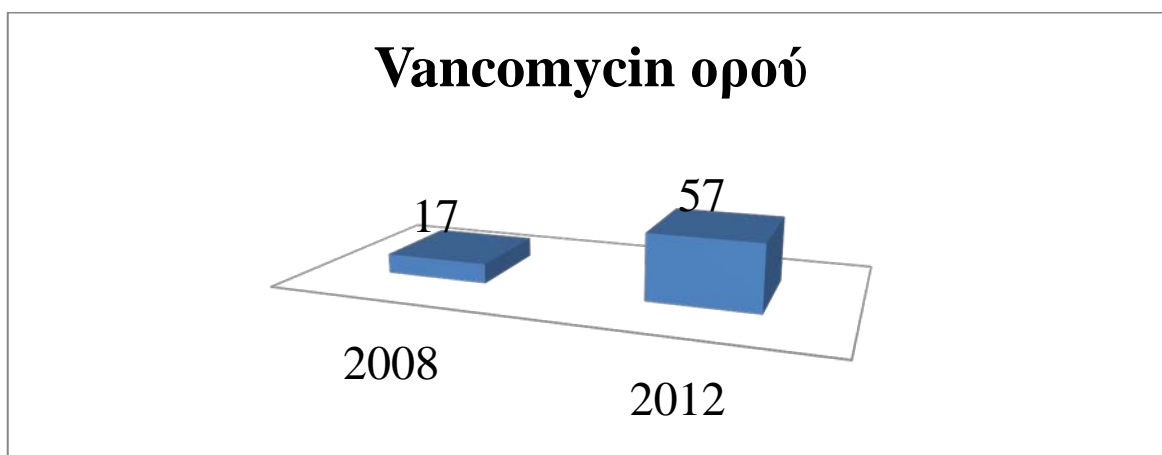
	2008	2012	+/-
Επίπεδα φαινοβαρβιτάλης ορού	14	9	-5 (-35,7%)

50. Επίπεδα σαλικυλικού ορού



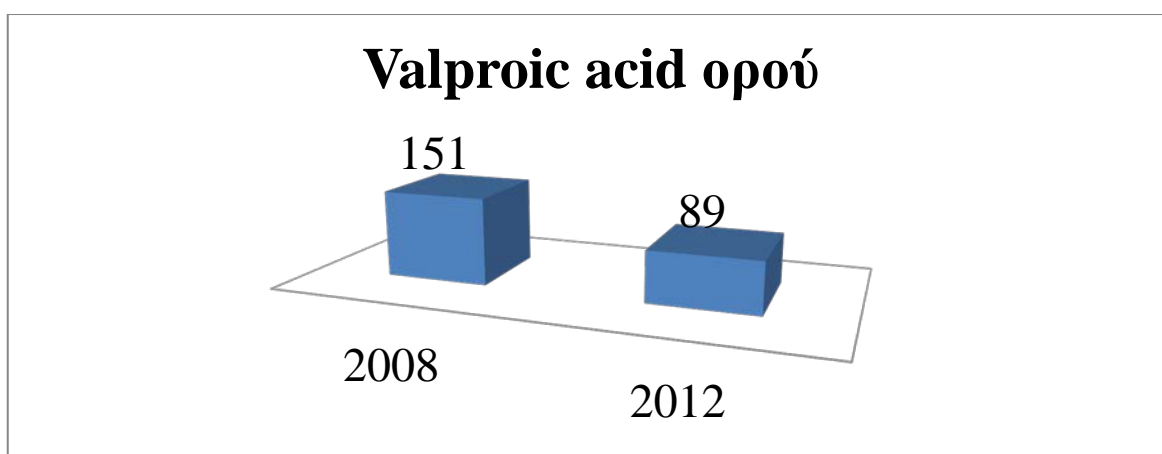
	2008	2012	+/-
Επίπεδα σαλικυλικού ορού	1	2	1 (100%)

51. Επίπεδα βανκομυκίνης ορού



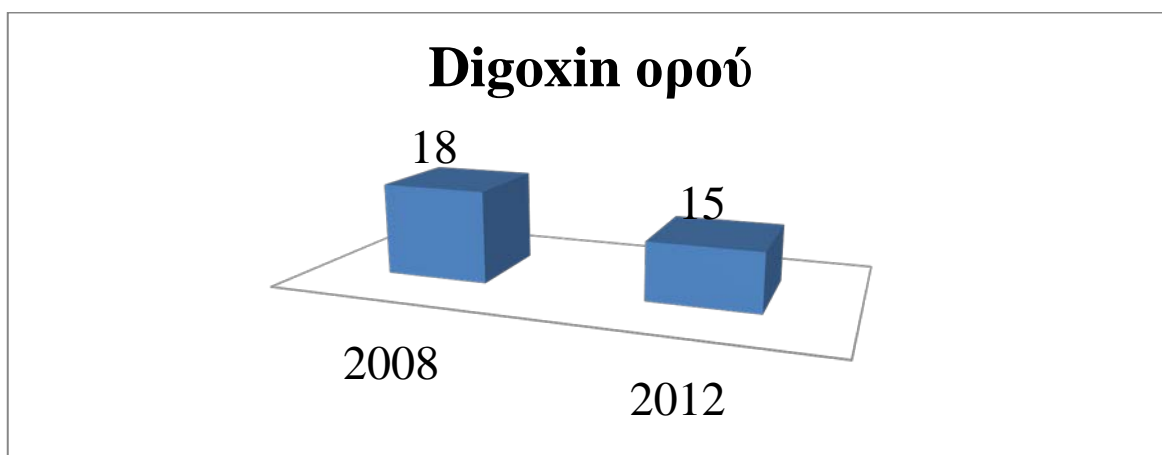
	2008	2012	+/-
Επίπεδα βανκομυκίνης ορού	17	57	40 (235,3%)

52. Επίπεδα Βαλπροϊκού οξέος ορού



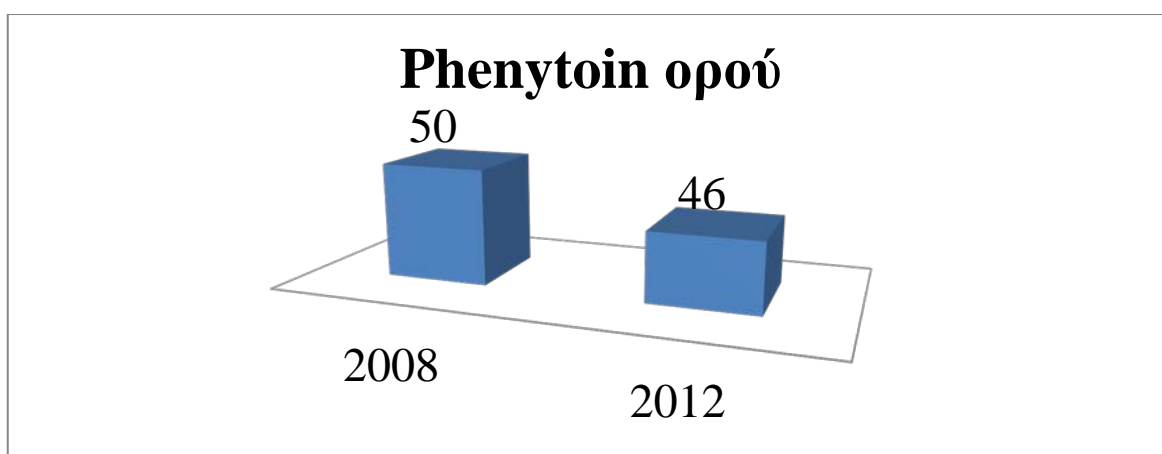
	2008	2012	+/-
Επίπεδα Βαλπροϊκού οξέος ορού	151	89	-62 (-41,1%)

53. Επίπεδα διγοξίνης ορού



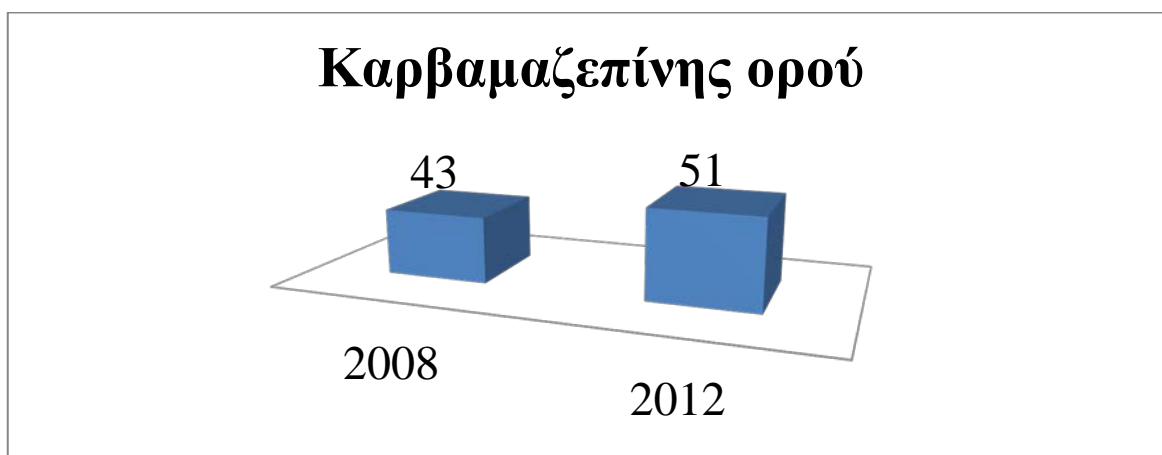
	2008	2012	+/-
Επίπεδα διγοξίνης ορού	18	15	-3 (-16,7%)

54. Επίπεδα φαινυτοΐνης ορού



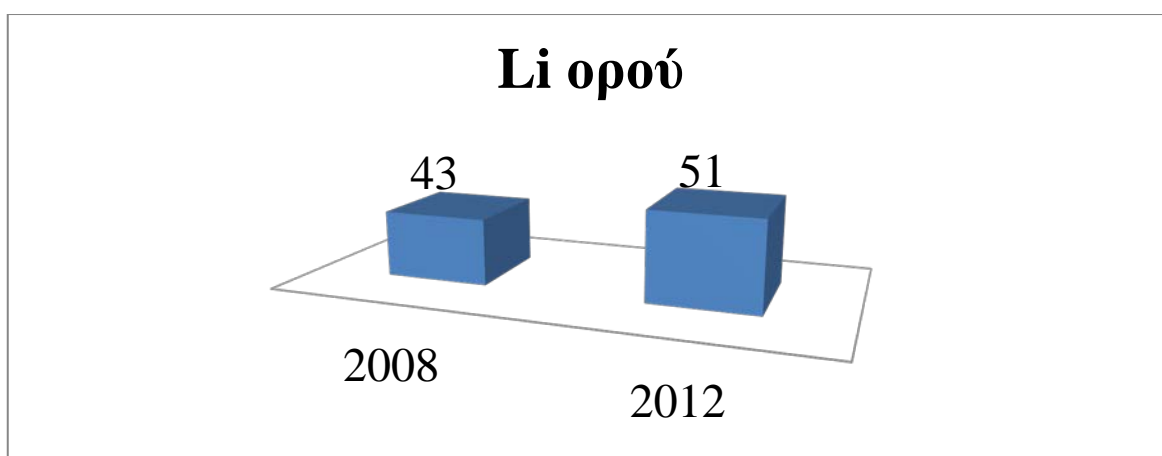
	2008	2012	+/-
Επίπεδα φαινυτοΐνης ορού	50	46	-4 (-8,0%)

55. Επίπεδα καρβαμαζεπίνης ορού



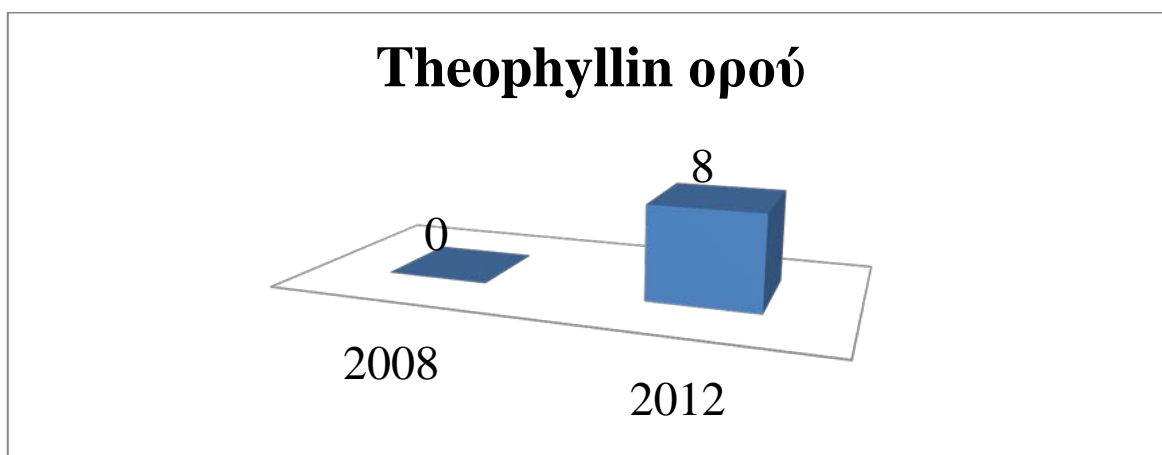
	2008	2012	+/-
Επίπεδα καρβαμαζεπίνης ορού	43	51	8 (+18,6%)

56. Επίπεδα λιθίου ορού



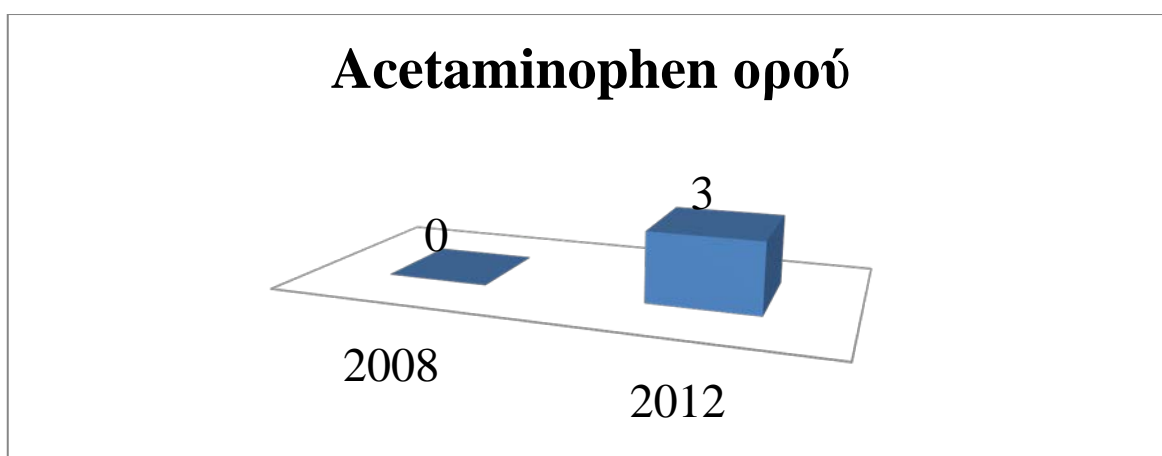
	2008	2012	+/-
Επίπεδα λιθίου ορού	43	51	8 (+18,6%)

57. Επίπεδα θεοφυλλίνης ορού



	2008	2012	+/-
Επίπεδα θεοφυλλίνης ορού	0	8	8

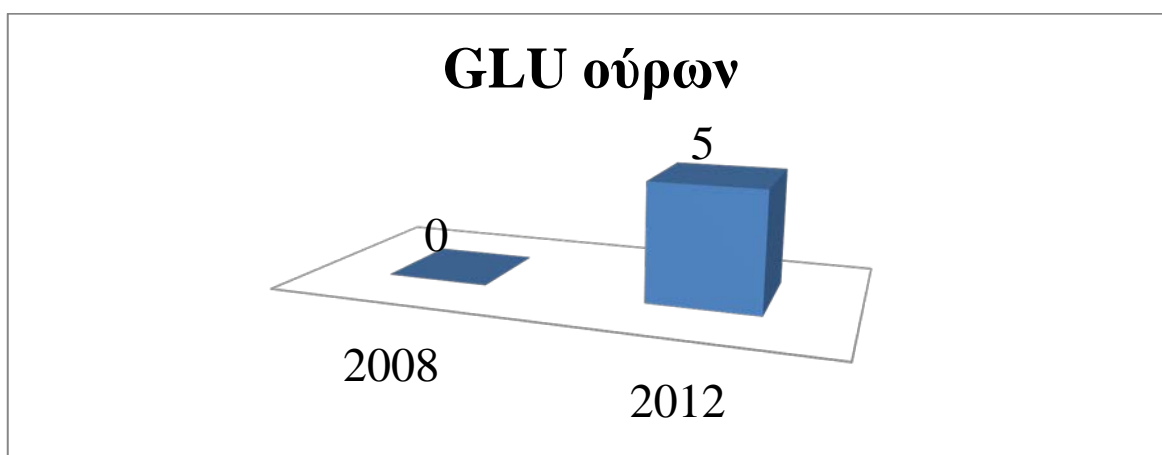
58. Επίπεδα ακεταμινοφαίνης ορού



	2008	2012	+/-
Επίπεδα ακεταμινοφαίνης ορού	0	3	3

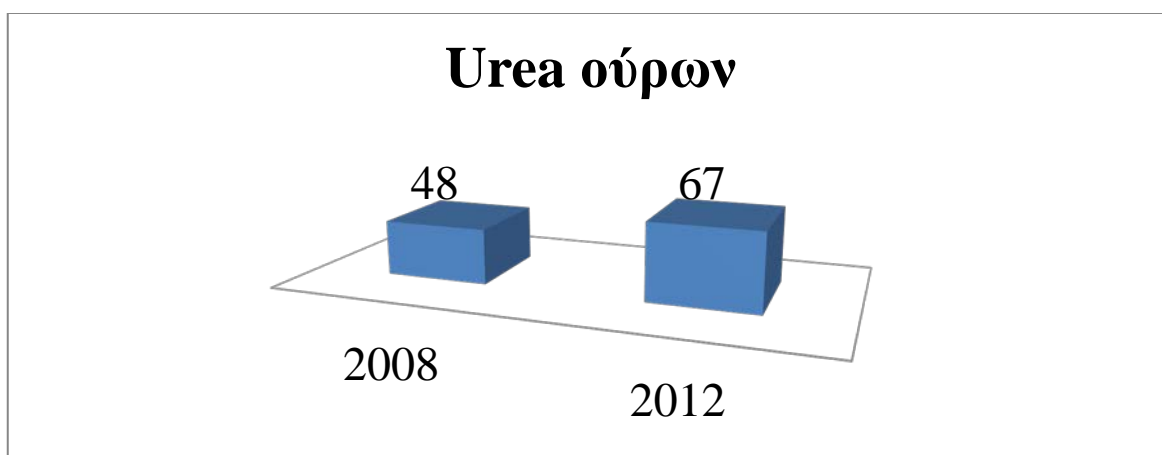
Οι εξετάσεις για επίπεδα φαρμάκων στον ορό γίνεται για τη μέτρηση της συγκεντρώσεως του φαρμάκου στο αίμα του ασθενούς και την παρακολούθηση της θεραπείας τους με τα συγκεκριμένα φάρμακα. Απαιτούν κατάλληλη προετοιμασία του εξεταζόμενου.

59. Σάκχαρο ούρων



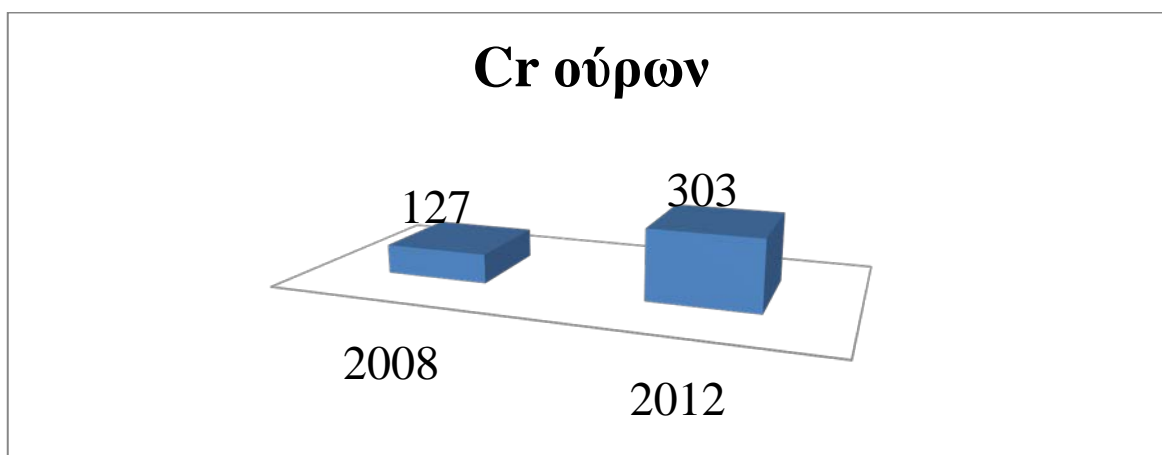
	2008	2012	+/-
Σάκχαρο ούρων	0	5	5

60. Ουρία ούρων



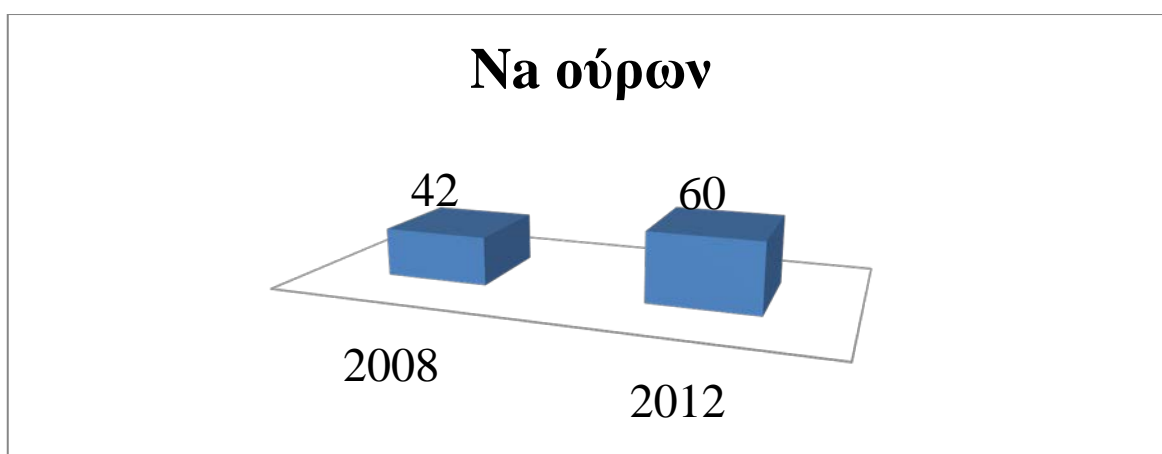
	2008	2012	+/-
Ουρία ούρων	48	67	19 (+39,6%)

61. Κρεατινίνη ούρων



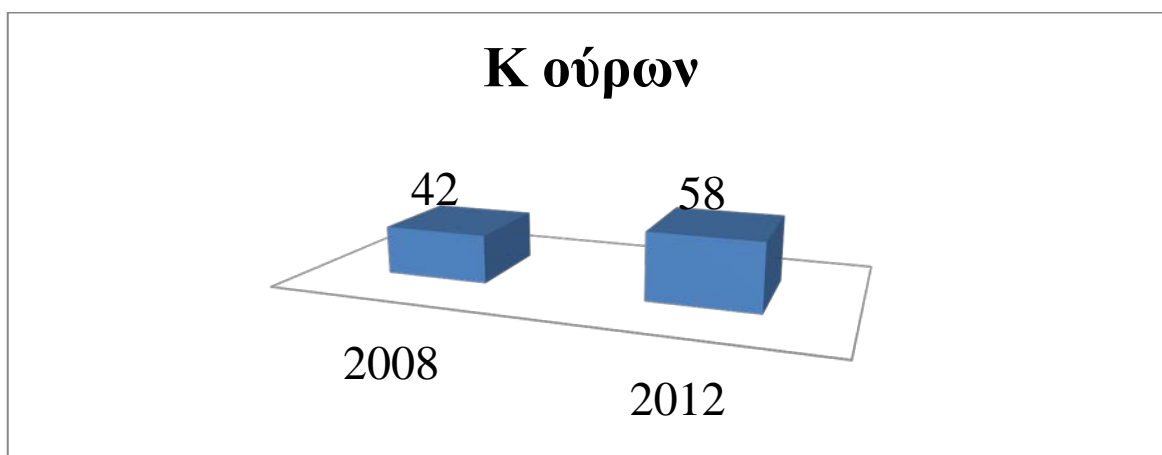
	2008	2012	+/-
Κρεατινίνη ούρων	127	303	176 (+138,6%)

62. Νάτριο ούρων



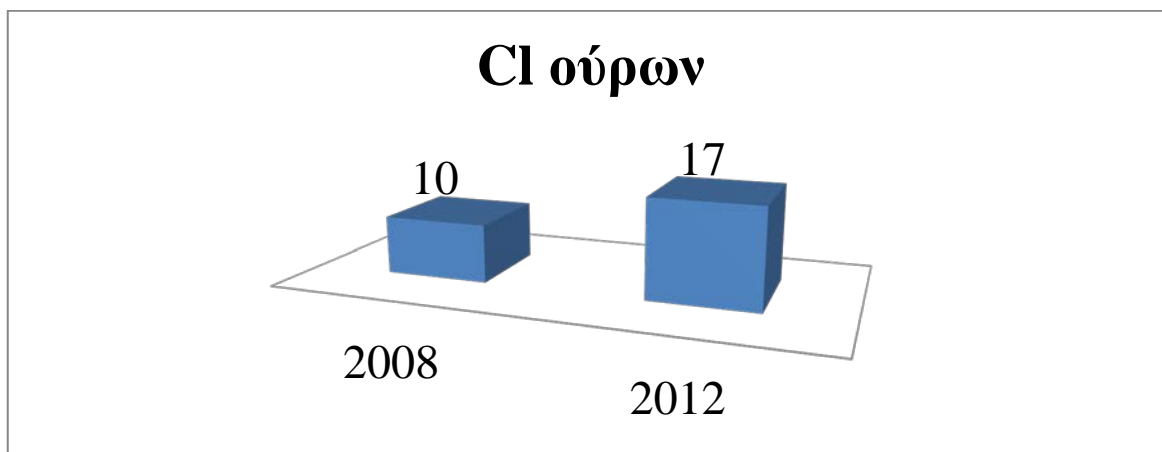
	2008	2012	+/-
Νάτριο ούρων	42	60	18 (+42,9%)

63. Κάλιο σύρων



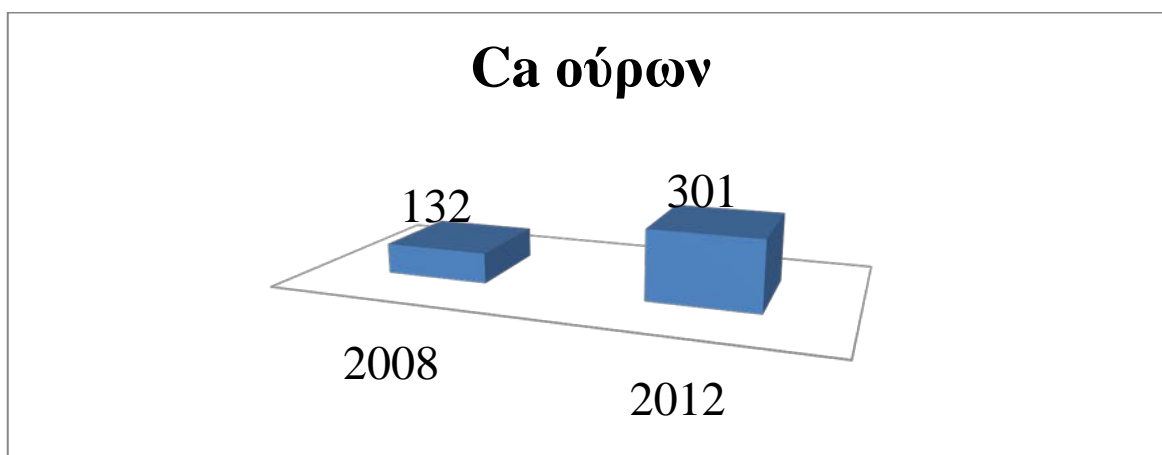
	2008	2012	+/-
Κάλιο σύρων	42	58	16 (+38,1%)

64. Χλώριο σύρων



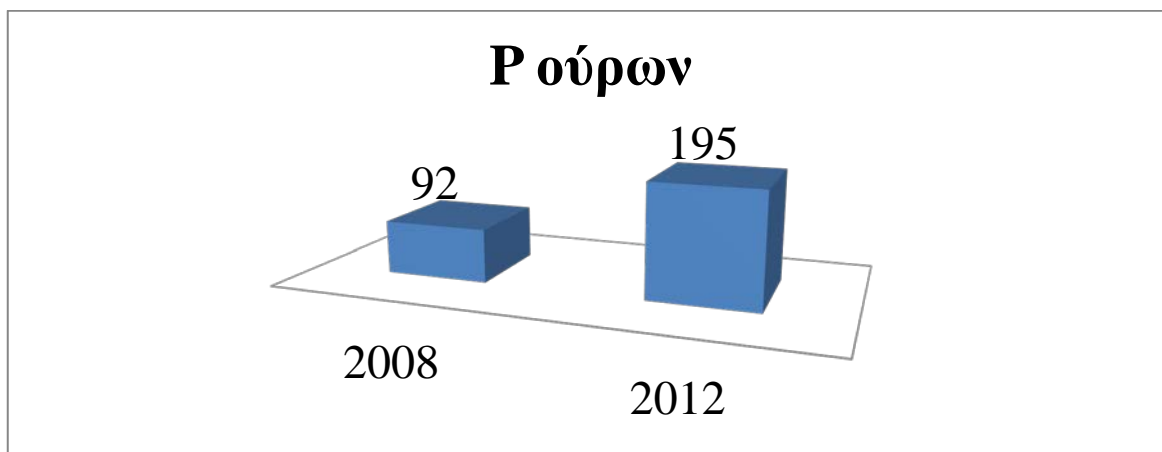
	2008	2012	+/-
Χλώριο σύρων	10	17	7 (+70%)

65. Ασβέστιο ούρων



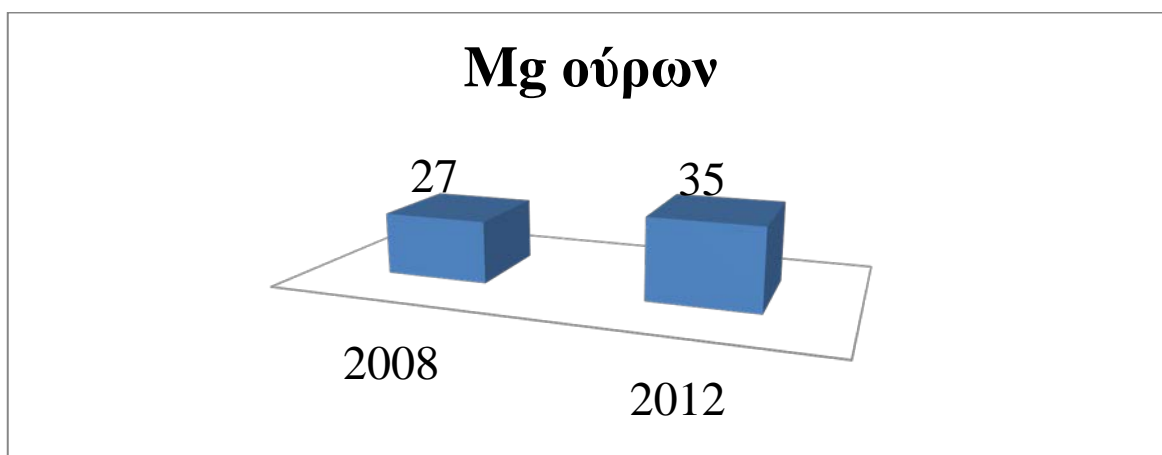
	2008	2012	+/-
Ασβέστιο ούρων	132	301	169 (+128%)

66. Φώσφορος ούρων



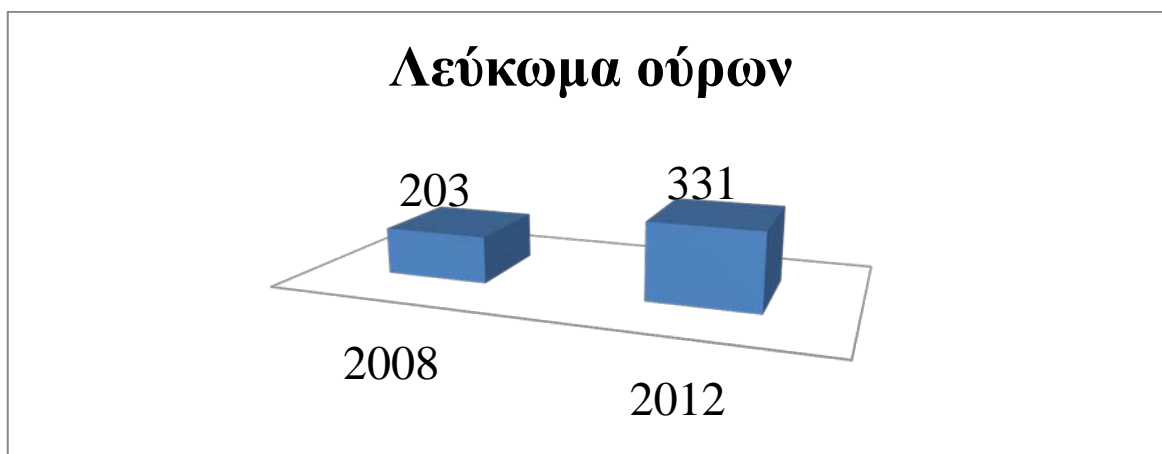
	2008	2012	+/-
Φώσφορος ούρων	92	195	103 (+112%)

67. Μαγνήσιο ούρων



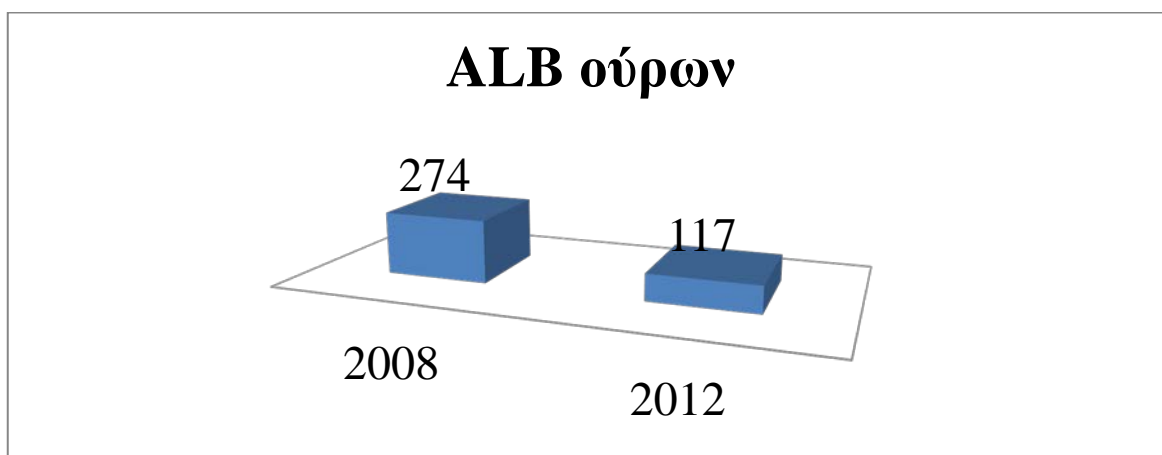
	2008	2012	+/-
Μαγνήσιο ούρων	27	35	8 (+29,6%)

68. Λεύκωμα ούρων



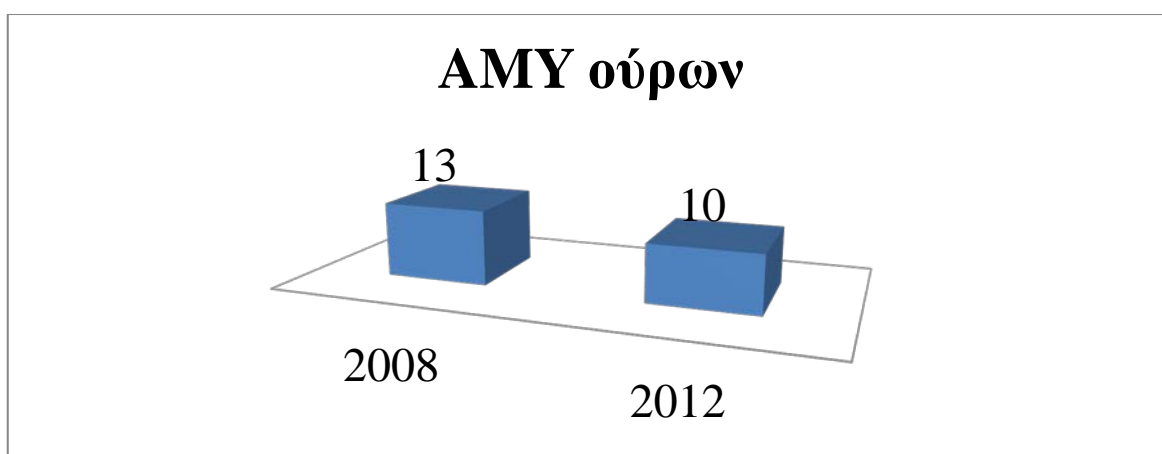
	2008	2012	+/-
Λεύκωμα ούρων	203	331	128 (+63,1%)

69. Αλβουμίνη ούρων



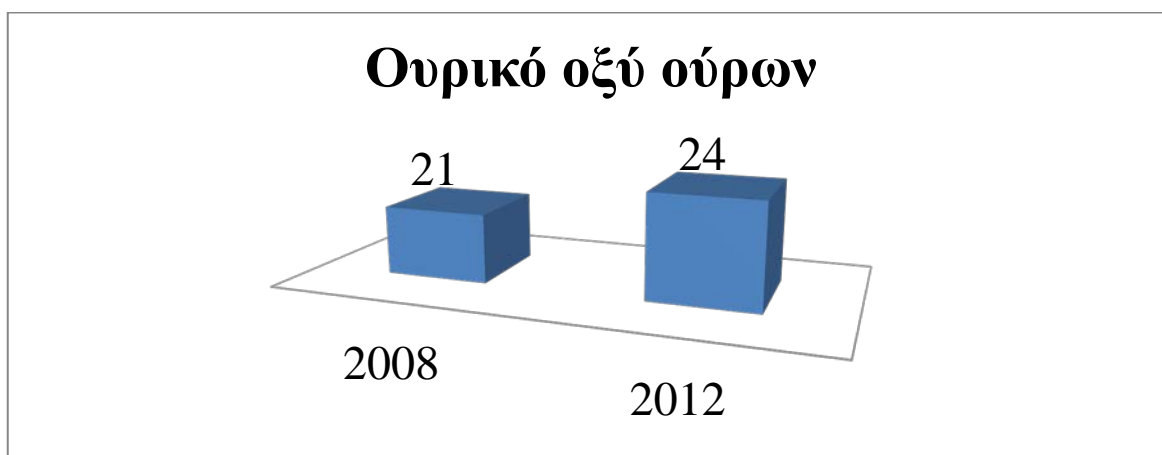
	2008	2012	+/-
Αλβουμίνη ούρων	274	117	-157 (-57,3%)

70. Αμυλάση ούρων



	2008	2012	+/-
Αμυλάση ούρων	13	10	-3 (-23,1%)

71. Ουρικό οξύ ούρων



	2008	2012	+/-
Ουρικό οξύ ούρων	21	24	3 (+14,3%)

6.4 Συνολικό κόστος και κόστος ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης

Πίνακας 6.4.1

Μεταβολή του κόστους ανά είδος εργαστηριακής εξέτασης (2008, 2012)

Είδος Εξέτασης	Έτος 2008	Έτος 2012	+/-
ΣΑΚΧΑΡΟ ΟΡΟΥ	14513,72	21047,38	+6533,66
ΟΥΡΙΑ ΟΡΟΥ	14574,74	21395,42	+6820,68
ΟΥΡΙΑ ΟΥΡΩΝ	108,48	151,42	+42,94
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΡΟΥ	25713,45	38005,20	+12291,75
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	514,35	1227,15	+712,8
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	30730,14	47105,28	+16375,14
ΝΑΤΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	99,18	313,20	+214,02
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	30730,14	47120,94	+16390,8
ΚΑΛΙΟ ΟΥΡΩΝ	219,24	302,76	+83,52
ΧΛΩΡΙΟ ΟΡΟΥ	3234,24	4507,20	+1272,96

ΧΛΩΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	28,80	48,96	+20,16
AST	28066,99	40661,44	+12594,45
ALT	28075,97	39907,12	+11831,15
LDH	21379,18	23653,28	+2274,10
CK	24050,82	32680,20	+8629,38
CK MB (mass)	9844,92	321,03	-9523,89
Tropoin I	9523,58	12061,62	+2538,04
ALP	27635,10	39939,12	+12304,02
GGT	28935,28	39522,46	+10587,18
TBIL	13394,88	19267,20	+5872,32
DBIL	1062,72	1382,40	+319,68
TP	24763,68	35621,28	+10857,60
ALB	24768,90	35402,04	+10633,14
AMY	9586,92	12710,24	+3123,32
AMY ΟΥΡΩΝ	29,38	22,60	-6,78
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΡΟΥ	18269,55	28584,90	+10315,35
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΥΡΩΝ	534,60	1219,05	+684,45
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΡΟΥ	22205,88	33047,82	+10841,94
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΥΡΩΝ	480,24	1017,90	+537,66
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΡΟΥ	21443,76	28574,28	+7310,52
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΥΡΩΝ	140,94	182,70	+41,76
ΛΕΥΚΩΜΑ ΟΥΡΩΝ	1059,66	1727,82	+668,16
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	1430,28	264,42	-1165,86
CRP	9012,88	11058,18	+2045,30
ΑΜΜΩΝΙΑ	71,88	281,53	+209,65
ΨΕΥΔΟΧΟΛΗΝΕΣΤΕΡΩΣΗ	12,51	33,36	+20,85
ΓΑΛΑΚΤΙΚΟ ΟΞΥ	23,96	0,00	-23,96

ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	15753,60	22904,64	+7151,04
LDL	25911,25	37477,50	+11566,25
HDL	25982,50	37776,75	+11794,25
ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	24519,89	35412,63	+10892,74
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΡΟΥ	15923,52	21764,16	+5840,64
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΥΡΩΝ	60,48	69,12	+8,64
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ	304,32	19,02	-285,3
ΑΛΔΟΛΑΣΗ	67,80	0,00	-67,80
BNP	165,00	880,00	+715,00
ΑΡΟ Α1	2897,50	2161,25	-736,25
ΑΡΟ Β	2897,50	2156,50	-741,00
Lp(a)	3095,40	5050,00	+1954,6
CRP HS	0	230,00	+230,00
ΑΠΤΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	0	17,15	+17,15
ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗ	939,20	3228,50	+2289,3
CEA	5496,72	13382,78	+7886,06
AFP	4427,75	10925,10	+6497,35
CA 15-3	9381,72	20728,53	+11346,81
CA 125	15030,40	33750,08	+18719,68
CEA 19-9	15030,40	34364,96	+19334,56
PSA	17183,10	52764,69	+35581,59
FREE PSA	4652,01	9304,02	+4652,01
GENTAMICIN	0,00	2016,12	+2016,12
PHENOBARBITAL	115,92	74,52	-41,4
SALICYLATE	5,75	11,50	+5,75
VANCOMYCIN	161,67	542,07	+380,4
VALPROIC ACID	1436,01	846,39	-589,62

DIGOXIN	264,06	220,05	+44,01
ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗ	0,00	57,28	+57,28
ΑCΕΤΑΜΙΝΟΡΗΝ	0,00	24,84	+24,84
ΡΗΝΥΤΟΙΝ	414,00	380,88	-33,12
CΑRΒΑΜΑΖΕΡΙΝ	408,93	485,01	-76,08
ΛΙΘΙΟ	170,62	85,31	-85,31
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ (σε ευρώ)	629586,24	969480,25	+339894,01

6.5 Υπολογισμός και σύγκριση δεικτών παραγωγικότητας και κόστους

Πίνακας 6.5.1

Σχέση αναλύσεων για κάθε είδος εργαστηριακής εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά απασχολούμενο στο Βιοχημικό Τμήμα για ένα έτος και μεταβολή αυτής (2008, 2012)

Είδος Εξέτασης	Έτος 2008	Έτος 2012	+/-
ΣΑΚΧΑΡΟ ΟΡΟΥ	428,13	776,08	+347,95
ΟΥΡΙΑ ΟΡΟΥ	429,93	788,92	+358,99
ΟΥΡΙΑ ΟΥΡΩΝ	3,20	5,58	+2,38
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΡΟΥ	423,27	782,00	+358,73
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	8,47	25,25	+16,78
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	392,47	752,00	+359,53
ΝΑΤΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	2,80	5,00	+2,20
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	392,47	752,25	+359,78
ΚΑΛΙΟ ΟΥΡΩΝ	2,80	4,83	+2,03
ΧΛΩΡΙΟ ΟΡΟΥ	74,87	130,42	+55,55
ΧΛΩΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	0,67	1,42	+0,75

AST	416,73	754,67	+337,94
ALT	416,87	740,67	+323,80
LDH	321,73	574,67	+252,94
CK	319,40	542,50	+223,1
CK MB (mass)	55,20	2,25	-52,95
Tropoin I	53,53	84,75	+31,22
ALP	367,00	663,00	+296,00
GGT	384,27	656,08	+271,81
TBIL	310,07	557,50	+247,43
DBIL	24,60	40,00	+15,40
TP	316,27	568,67	+270,40
ALB	316,33	565,17	+248,84
AMY	282,80	468,67	+185,87
AMY ΟΥΡΩΝ	0,87	0,83	-0,04
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΡΟΥ	300,73	588,17	+287,44
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΥΡΩΝ	8,80	25,08	+16,28
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΡΟΥ	283,60	527,58	+243,98
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΥΡΩΝ	6,13	16,25	+10,12
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΡΟΥ	273,87	456,17	+182,3
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΥΡΩΝ	1,80	2,92	+1,12
ΛΕΥΚΩΜΑ ΟΥΡΩΝ	13,53	27,58	+14,05
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	18,27	9,75	-8,52
CRP	265,87	407,75	+141,88
ΑΜΜΩΝΙΑ	0,80	3,92	+3,12
ΨΕΥΔΟΧΟΛΗΝΕΣΤΕΡΩΣΗ	0,20	0,67	+0,47
ΓΑΛΑΚΤΙΚΟ ΟΞΥ	0,27	0,00	-0,27
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	364,67	662,75	+298,08

LDL	364,67	662,75	+298,08
HDL	363,67	657,50	+293,83
ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	364,07	657,25	+293,18
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΡΟΥ	368,60	629,75	+261,15
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΥΡΩΝ	1,40	2,00	+0,60
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ	2,13	0,17	-1,96
ΑΛΔΟΛΑΣΗ	2,00	0,00	-2,00
BNP	0,20	1,33	+1,13
ΑΡΟ Α1	40,67	37,92	-2,75
ΑΡΟ Β	40,67	37,83	-2,84
Lp(a)	44,00	42,08	-1,92
CRP HS	0,00	1,92	+1,92
ΑΠΤΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	0,00	0,42	+0,42
ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗ	2,13	9,17	+7,04
CEA	29,60	90,08	+61,83
AFP	29,67	91,50	+61,83
CA 15-3	29,60	81,75	+52,15
CA 125	29,33	82,33	+53,00
CEA 19-9	29,33	83,83	+54,50
PSA	27,33	104,92	+77,59
FREE PSA	7,40	18,50	+11,10
GENTAMICIN	0,00	17,67	+17,67
PHENOBARBITAL	0,93	0,75	-0,18
SALICYLATE	0,07	0,17	+0,10
VANCOMYCIN	1,13	4,75	+3,62
VALPROIC ACID	10,07	7,42	-2,65
DIGOXIN	1,20	1,25	+0,05

ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗ	0,00	0,67	+0,67
ΑCΕΤΑΜΙΝΟΡΗΕΝ	0,00	0,25	+0,25
ΡΗΕΝΥΤΟΙΝ	3,33	3,83	+0,50
ΑΑΒΑΜΑΖΕΡΙΝ	2,87	4,25	+1,38
ΛΙΘΙΟ	2,53	1,58	-0,95
ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	9.081,87	15.645,00	+6.563,13

Πίνακας 6.5.2

Μέσο κόστος κάθε είδους εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά ασθενή των Τ.Ε.Ι. και μεταβολή του (2008, 2012)

Είδος Εξέτασης	Έτος 2008	Έτος 2012	+/-
ΣΑΚΧΑΡΟ ΟΡΟΥ	0,31	0,46	+0,15
ΟΥΡΙΑ ΟΡΟΥ	0,31	0,46	+0,15
ΟΥΡΙΑ ΟΥΡΩΝ	0,00	0,00	
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΡΟΥ	0,55	0,82	+0,27
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	0,01	0,03	+0,02
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	0,65	1,02	+0,37
ΝΑΤΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	0,00	0,01	+0,01
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	0,65	1,02	+0,37
ΚΑΛΙΟ ΟΥΡΩΝ	0,01	0,01	
ΧΛΩΡΙΟ ΟΡΟΥ	0,07	0,10	+0,03
ΧΛΩΡΙΟ ΟΥΡΩΝ	0	0,00	
ΑST	0,60	0,88	+0,28
ΑLT	0,60	0,86	+0,26
LDH	0,45	0,51	+0,06

CK	0,51	0,71	+0,20
CK MB (mass)	0,21	0,01	-0,20
Tropoin I	0,20	0,26	+0,06
ALP	0,59	0,86	+0,27
GGT	0,62	0,85	+0,23
TBIL	0,29	0,42	+0,13
DBIL	0,02	0,03	+0,01
TP	0,53	0,77	+0,24
ALB	0,53	0,77	+0,24
AMY	0,20	0,28	+0,08
AMY ΟΥΡΩΝ	0,00	0,00	
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΡΟΥ	0,39	0,62	+0,23
ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΟΥΡΩΝ	0,01	0,03	+0,02
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΡΟΥ	0,47	0,71	+0,24
ΦΩΣΦΟΡΟΣ ΟΥΡΩΝ	0,01	0,02	+0,01
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΡΟΥ	0,46	0,62	+0,16
ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΟΥΡΩΝ	0,00	0,00	
ΛΕΥΚΩΜΑ ΟΥΡΩΝ	0,02	0,04	+0,02
ΑΛΒΟΥΜΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	0,03	0,01	-0,02
CRP	0,19	0,24	+0,05
ΑΜΜΩΝΙΑ	0,00	0,01	+0,01
ΨΕΥΔΟΧΟΛΗΝΕΣΤΕΡΩΣΗ	0	0,00	
ΓΑΛΑΚΤΙΚΟ ΟΞΥ	0,00	0,00	
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	0,34	0,50	+0,16
LDL	0,55	0,81	+0,26
HDL	0,55	0,82	+0,27
ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	0,52	0,77	+0,25

ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΡΟΥ	0,34	0,47	+0,13
ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΟΥΡΩΝ	0,00	0,00	
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ	0,01	0,00	-0,01
ΑΛΔΟΛΑΣΗ	0,00	0	
BNP	0,00	0,02	+0,02
ΑΡΟ Α1	0,06	0,05	-0,01
ΑΡΟ Β	0,06	0,05	-0,01
Lp(a)	0,07	0,11	+0,04
CRP HS	0,00	0,01	+0,01
ΑΠΤΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	0,00	0,00	
ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗ	0,02	0,07	+0,05
CEA	0,12	0,29	+0,17
AFP	0,09	0,24	+0,15
CA 15-3	0,20	0,45	+0,25
CA 125	0,32	0,73	+0,41
CEA 19-9	0,32	0,74	+0,42
PSA	0,37	1,14	+0,77
FREE PSA	0,10	0,20	+0,10
GENTAMICIN	0,00	0,04	+0,04
PHENOBARBITAL	0,00	0,00	
SALICYLATE	0	0,00	
VANCOMYCIN	0,00	0,01	+0,01
VALPROIC ACID	0,03	0,02	-0,01
DIGOXIN	0,01	0,01	
ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗ	0	0,00	
ACETAMINOPHEN	0	0,00	
PHENYTOIN	0,01	0,01	

CARBAMAZEPIN	0,01	0,01	
ΛΙΘΙΟ	0,00	0,00	
ΜΕΣΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΝΟΛ. ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ/ΑΣΘΕΝΗ Τ.Ε.Ι. (σε ευρώ/ασθενή)	13,37	20,95	+7,58

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις σε ένα ελληνικό δημόσιο Νοσοκομείο πριν και μετά την εφαρμογή του Μνημονίου δημοσιονομικής προσαρμογής που προήλθε από την ανάγκη αντιμετώπισης της οικονομικής ύφεσης το 2008. Διάφορες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να μελετήσουν τις επιπτώσεις που είχε η οικονομική κρίση σε χώρες που αυτή ενέσκυψε κατά το παρελθόν και έλαβαν παρόμοια μέτρα και που προσπαθούσαν να απαντήσουν μεταξύ των άλλων και στο ερώτημα εάν υπήρξε μεταβολή της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Στην Ελλάδα υπήρξαν επιστημονικές εργασίες σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία γενικότερα, κάνοντας περισσότερο υποθέσεις για την μεταβολή στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ευρήματα σχετικά με τη ζήτηση σε εργαστηριακές εξετάσεις κατά την περίοδο οικονομικής ύφεσης δεν υπάρχουν, παρά του ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις χρησιμοποιούνται συχνά ως δείκτης παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων.

Η εφαρμογή και η πρώτη αναθεώρηση του συμφώνου δημοσιονομικής προσαρμογής πραγματοποιήθηκαν το 2010, έτος κατά το οποίο άρχισαν να εφαρμόζονται οι πρώτες πολιτικές συγκράτησης δαπανών και μεταρρυθμίσεων που αφορούσαν και στον τομέα της υγείας. Για αυτό το λόγο και η μελέτη μας επικεντρώθηκε στο να αναλύσει τα δεδομένα που αφορούσαν στις εργαστηριακές εξετάσεις τα έτη 2008 (πριν το Μνημόνιο) και 2012 (μετά την εφαρμογή του Μνημονίου). Το δημόσιο Νοσοκομείο που επιλέχθηκε είναι το Γ. Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων», ένα από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της Ελλάδας τόσο από πλευράς δυναμικότητας κλινών (>600 κλινών) όσο και από την πλευρά της επισκεψιμότητας και το οποίο ανήκει στη 2^η Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου. Όπως αναφέρθηκε, εξετάσθηκε η ζήτηση που είχαν εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούσαν σε αναλύσεις που πραγματοποιούνται στο βιοχημικό τμήμα του Νοσοκομείου από ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, και όχι των επειγόντων περιστατικών ή των νοσηλευόμενων, ώστε να εκτιμηθεί ειδικότερα

η ζήτησή τους από εξωτερικούς ασθενείς που στρέφονται προς το δημόσιο τομέα της υγείας για αναζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας.

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα που επιχειρεί η παρούσα έρευνα να απαντήσει είναι εάν υπήρξε μεταβολή στη ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις του Βιοχημικού Τμήματος από ασθενείς των Τ.Ε.Ι. πριν και μετά την εφαρμογή του Μνημονίου, δηλαδή τα έτη 2008 και 2012 αντίστοιχα. Από τη μελέτη των δεικτών λειτουργίας του Νοσοκομείου για τα συγκεκριμένα έτη προκύπτει ότι ο αριθμός των πραγματοποιηθέντων επισκέψεων στα Τ.Ε.Ι. παρουσίασε πολύ μικρή μείωση της τάξεως του 1,73%, παραμένοντας ουσιαστικά ίδιος ο αριθμός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Ι. τόσο το 2008 όσο και το 2012. Όπως, όμως, παρουσιάζεται στους Πίνακες 6 και 7, το συνολικό πλήθος των εξετάσεων που αφορούσαν στους ασθενείς των Τ.Ε.Ι εμφάνισε αύξηση το 2012 σε σχέση με το 2008 κατά 43,7%, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την μείωση (κατά 28,4%) που παρατηρήθηκε στο πλήθος των εξετάσεων στο σύνολο των ασθενών.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι ενώ η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από εξωτερικούς ασθενείς παρέμεινε ουσιαστικά στα ίδια επίπεδα πριν και μετά την εφαρμογή του Μνημονίου, η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις αυξήθηκε σημαντικά, αποτελώντας ίσως ένας από τους βασικούς λόγους που οι ασθενείς επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία. Αυτό προκύπτει και από την αντίθεση που εμφάνισε η μεταβολή της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις από ασθενείς των Τ.Ε.Ι σε σχέση με τη μεταβολή της ζήτησης για εξετάσεις στο σύνολο των ασθενών του Νοσοκομείου. Ενώ οι εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν συνολικά εμφάνισαν μείωση, μόνο στους ασθενείς των Τ.Ε.Ι. η μεταβολή ήταν αυξητική και μάλιστα σημαντικά.

Ερμηνεύοντας την σημαντικά αυξημένη ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις από ασθενείς που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Ι. θα μπορούσε κανείς να διατυπώσει τις εξής υποθέσεις: πρώτον, η οικονομική κρίση και ο περιορισμός των ατομικών εισοδημάτων ως απότοκο της πολιτικής λιτότητας που επέβαλλαν οι όροι του Μνημονίου οδήγησαν τους ασθενείς στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας που το κόστος τους θα ήταν μικρότερο ή θα καλυπτόταν από τους ασφαλιστικούς φορείς. Είναι γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας αφορά σε παρακλινικές εξετάσεις, πολλές από τις οποίες έχουν υψηλό κόστος. Προκειμένου η οικονομική επιβάρυνση των ασθενών να είναι μικρότερη ή ακόμα και μηδενική, προτιμούν να απευθυνθούν σε δημόσιες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως είναι τα Τ.Ε.Ι. των δημόσιων Νοσοκομείων είτε για την

αναζήτηση φροντίδας από ειδικό ιατρό που θα τους παραπέμψει, εφόσον χρειασθεί, για εξετάσεις είτε απευθείας για την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων. Δεύτερον, η παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις από τους ιατρούς των Τ.Ε.Ι. μπορεί να είναι απότοκο της έλλειψης εφαρμογής πρωτοκόλλων αφενός και αφετέρου του ηθικού κινδύνου (moral hazard) που χαρακτηρίζει τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Υπό καθεστώς πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο ο ασθενής – χρήστης όσο και το υγειονομικό δυναμικό δεν σκέφτονται οικονομικά και αποδοτικά ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα τόσο η συχνότητα όσο και το κόστος της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας να εμφανίζουν αυξητικές τάσεις. Τρίτον, η σοβαρότητα των περιστατικών που αφορούν σε ασθενείς που επισκέπτονται τα Τ.Ε.Ι. μπορεί να είναι τέτοια που να χρήζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό εργαστηριακής διερεύνησης. Είναι γεγονός πως τα χρόνια νοσήματα αφορούν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, έχοντας αλλάξει το επιδημιολογικό προφίλ των νοσημάτων στις σύγχρονες κοινωνίες. Τα χρόνια νοσήματα είναι γνωστό πως απαιτούν παρακολούθηση μέσα από τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων ανά περιοδικά διαστήματα. Παρ'ότι ο αριθμός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα Τ.Ε.Ι. παρέμεινε πρακτικά ο ίδιος, ωστόσο είναι πιθανό να αφορούσαν σε σοβαρότερα ή χρόνια νοσήματα σε μεγαλύτερο ποσοστό απ'ότι προ πενταετίας.

Μελετώντας το πλήθος των αναλύσεων ανά είδος εξέτασης και τη μεταβολή τους κατά τις δυο περιόδους της μελέτης μπορεί κανείς να συμπεράνει τα εξής: το μεγαλύτερο πλήθος εξετάσεων αφορά στο λεγόμενο «βασικό» βιοχημικό έλεγχο, που περιλαμβάνει εξετάσεις που αφορούν στη νεφρική λειτουργία, το μεταβολισμό της γλυκόζης, την ηπατική λειτουργία, καθώς και τον μεταβολισμό των λιπιδίων. Σε αυτές τις εξετάσεις παρατηρούνται και μεγάλα ποσοστά αύξησης το 2012, παραμένοντας οι προεξάρχουσες εξετάσεις σε ασθενείς των Τ.Ε.Ι. Όπως μπορεί να παρατηρήσει κανείς, ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν για αυτές τις βιοχημικές παραμέτρους αυξήθηκε σχεδόν κατά 44-48% το 2012 σε σχέση με το 2008, πολύ πιο πάνω από την αύξηση που εμφάνισαν οι εξετάσεις στο Βιοχημικό τμήμα στο σύνολό τους (37.8%). Αυτές αποτελούν και εξετάσεις εκλογής για την παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων.

Την μεγαλύτερη, εντούτοις, ποσοστιαία αύξηση είχαν εξετάσεις που αφορούσαν στους καρκινικούς δείκτες, με τη βοήθεια των οποίων γίνεται έγκαιρη διάγνωση νεοπλασματικών νοσημάτων αφενός και αφετέρου η προγνωστική εκτίμησή τους και κυρίως η μακροχρόνια παρακολούθηση της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Η αύξηση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί σε τρεις κυρίως λόγους: πρώτον, η προσπάθεια εφαρμογής

προληπτικής ιατρικής για τις περιπτώσεις των νεοπλασματικών ασθενειών έχει οδηγήσει στην εξέταση μεγαλύτερου αριθμού ασθενών, ιδίως αυτών που έχουν επιβαρυντικούς παράγοντες (ηλικία >50 ετών, καπνιστές, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, κτλ.) για την πιθανότητα ύπαρξης νεοπλασματικής νόσου με τη βοήθεια συγκεκριμένων καρκινικών δεικτών. Ειδικότερα, όσον αφορά στην ανίχνευση του προστατικού αντιγόνου PSA και του ελεύθερου κλάσματος αυτού στους άνδρες παρατηρήθηκε σχεδόν τριπλασιασμός των διενεργούμενων εξετάσεων το 2012 σε σχέση με το 2008. Ο συγκεκριμένος καρκινικός δείκτης πράγματι χρησιμοποιείται ως εξέταση εκλογής για την πρόωπη ανίχνευση καρκίνου του προστάτη σε άνδρες άνω των 50 ετών και του διαχωρισμού του από καλοήγη υπερτροφία. Δεύτερον, η αύξηση των περιστατικών καρκίνου που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες πιθανόν να εξακολουθεί. Περισσότεροι ασθενείς μπορεί να επισκέπτονται τα Τ.Ε.Ι. για τη διερεύνηση συμπτωμάτων ύποπτων για νεοπλασματική νόσο ή να έχουν κάποια τέτοια νόσο που να χρειάζεται τακτική παρακολούθηση και τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για την αξιολόγηση της πορείας της και της θεραπείας της. Ένας τρίτος λόγος που η ζήτηση για εξετάσεις καρκινικών δεικτών αυξήθηκε το 2012 σε σχέση με το 2008 είναι το υψηλό κόστος των συγκεκριμένων εξετάσεων. Το κόστος για τους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο γίνεται μεγαλύτερο και από την επαναλαμβανόμενη συχνότητα που χρειάζεται να πραγματοποιούνται αυτές οι εξετάσεις. Επομένως, οι ασθενείς αυτοί προτιμούν να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις αυτές σε δημόσιο φορέα όπου το κόστος τους καλύπτεται σε ένα μεγάλο μέρος από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, το γεγονός της σημαντικής ποσοστιαίας αύξησης των εξετάσεων που αφορούν σε μέτρηση βιοχημικών παραμέτρων σε ούρα ασθενών. Οι εξετάσεις αυτές πραγματοποιούνται στη διερεύνηση σοβαρών περιστατικών και χρόνιων παθήσεων, όπως διαβήτη, νεφρική ανεπάρκεια, αυτοάνοσα νοσήματα, και άλλα νοσήματα. Αυτό έρχεται να ενισχύσει την υπόθεση που διατυπώθηκε παραπάνω σχετικά με την μεγαλύτερη προσέλευση στα Τ.Ε.Ι. ασθενών με σοβαρά και χρόνια νοσήματα, που αναγκάζει τους ιατρούς στη διενέργεια των ανάλογων εργαστηριακών εξετάσεων. Ωστόσο, ο αριθμός των εξετάσεων για τον προσδιορισμό της αλβουμίνης στα ούρα παρουσίασε σημαντική μείωση, καθώς η αξιολόγησή της έχει νόημα σε υψηλές τιμές λευκώματος ούρων του οποίου η εξέταση θα πρέπει να προηγείται.

Μεταβολές ανάμεσα στα έτη 2008 και 2012 παρατηρήθηκαν και σε άλλες εργαστηριακές εξετάσεις που θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν από ειδικότερους λόγους που αφορούν

τις εξετάσεις αυτές. Για παράδειγμα, η σημαντική μείωση του πλήθους των αναλύσεων για την μέτρηση του ισοενζύμου MB της κρεατινικής κινάσης (CPK-MB) έγινε λόγω της καλύτερης εφαρμογής του πρωτοκόλλου σε καρδιολογικά περιστατικά. Η εξέτασή του CK-MB περιορίστηκε μόνο σε εκείνες τις περιπτώσεις ασθενών των Τ.Ε.Ι. που η κρεατινική κινάση του ορού ευρέθηκε αρχικώς αυξημένη, αφού για την διάγνωση περιπτώσεων ή την παρακολούθηση της θεραπείας οξέους εμφράγματος μυοκαρδίου χρησιμοποιείται ο κύριος βιοχημικός δείκτης του (100% ευαισθησία, χαμηλή ειδικότητα) που είναι η τροπονίνη I στον ορό. Η ίδια εξήγηση μπορεί να δοθεί και στην σημαντική μείωση των εξετάσεων για τις απολιποπρωτεΐνες Α και Β καθώς και για την λιποπρωτεΐνη α στον ορό. Οι εξετάσεις αυτές πραγματοποιούνται συνήθως μαζί για τον έλεγχο ασθενών με δυσλιπιδαιμία και την εκτίμηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά πρωτόκολλα η διενέργειά τους έχει νόημα μόνο σε αυξημένες τιμές των λιπιδίων (ολικής χοληστερόλης, LDL), οπότε πραγματοποιούνται πλέον μόνο όταν παρατηρηθούν πρώτα οι υψηλές τιμές λιπιδίων. Η ανάγκη τήρησης των πρωτοκόλλων και του περιορισμού της διενέργειας εξετάσεων που δεν είναι απαραίτητες σε όλους τους ασθενείς, αλλά μόνο σε αυτούς που παρουσιάζουν παθολογικές τιμές σε άλλες, προήλθε και από την ανάγκη συγκράτησης των δαπανών του Νοσοκομείου, εφαρμόζοντας την κεντρική πολιτική δημοσιονομικού περιορισμού που προέβλεπε το Μνημόνιο. Από την άλλη η αύξηση του αριθμού των αναλύσεων για την υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη στον ορό οφείλεται στη δυνατότητα που απέκτησε το εργαστήριο να την πραγματοποιεί (με νεφελομετρική μέθοδο) και στην προσθήκη της εξέτασης στη λίστα των εξετάσεων που καλύπτουν τα δημόσια Νοσοκομεία, σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. 3100/Β/2011. Παρόμοια μεταβολή παρουσίασαν και άλλου είδους εξετάσεις, όπως για παράδειγμα η μέτρηση των επιπέδων φαρμάκων στον όρο, λόγω της δυνατότητας που απέκτησε το εργαστήριο να πραγματοποιήσει αυτές τις εξετάσεις σε ασθενείς των Τ.Ε.Ι..

Όσον αφορά στις συνέπειες που είχε αυτή η σημαντική αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων σε ασθενείς των Τ.Ε.Ι. του Νοσοκομείου πριν και μετά τη δημοσιονομική προσαρμογή, αυτές εμφανίζονται σε δυο πεδία: στην παραγωγικότητα του βιοχημικού εργαστηρίου και στο κόστος των εξετάσεων. Για να προσδιορισθούν αυτές οι επιπτώσεις μελετήθηκαν:

α) για το κόστος των εξετάσεων: το συνολικό κόστος των εξετάσεων, το κόστος ανά εξέταση και ο δείκτης μέσου κόστους κάθε είδους εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά ασθενή των Τ.Ε.Ι., και

β) για την παραγωγικότητα του εργαστηρίου: ο δείκτης σχέσης αναλύσεων για κάθε είδος εργαστηριακής εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά απασχολούμενο στο Βιοχημικό Τμήμα για ένα έτος.

Οι παράμετροι αυτές υπολογίσθηκαν για κάθε έτος που εξετάζει η παρούσα μελέτη (έτος 2008 και έτος 2012) ξεχωριστά και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων για τις δύο αυτές περιόδους.

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν για το συνολικό κόστος των εξετάσεων του βιοχημικού εργαστηρίου που αφορούν σε ασθενείς Τ.Ε.Ι. (Πίνακας 8) προκύπτει ότι το 2012 υπήρξε σημαντική αύξησή του κατά 339894,01 ευρώ σε σχέση με το 2008 (ποσοστιαία αύξηση 54%). Από τον υπολογισμό του κόστους ανά είδος εξέτασης προκύπτει ότι για το έτος 2008 ο βασικός βιοχημικός έλεγχος (12 είδη εργαστηριακών εξετάσεων) παρουσιάζει εκτός από το μεγαλύτερο πλήθος αναλύσεων και το υψηλότερο κόστος. Ωστόσο, το 2012 είναι αξιοσημείωτη η αύξηση του κόστους που εμφάνισαν οι εξετάσεις των καρκινικών δεικτών (7 είδη εργαστηριακών εξετάσεων) σε σχέση με το 2008, αποτελώντας από τις πιο κοστοβόρες εξετάσεις. Ειδικότερα, η εξέταση για το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) ορού εμφανίζει το υψηλότερο κόστος σε σχέση με τα άλλα είδη εξετάσεων. Το υψηλό κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων για τους καρκινικούς δείκτες, όπως προαναφέραμε, αποτελεί και τον κύριο λόγο που εξωτερικοί ασθενείς επισκέπτονται τα Τ.Ε.Ι. προκειμένου να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις αυτές με την μικρότερη οικονομική επιβάρυνση αντί να τις πραγματοποιήσουν σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια. Επιπρόσθετα, ένα ακόμα εύρημα που μοιάζει οξύμωρο και αφορά στον προσδιορισμό της λιποπρωτεΐνης Α (Lpa) είναι από τη μία η μείωση του πλήθους των αναλύσεων για αυτή την εξέταση το 2012 σε σχέση με το 2008 και από την άλλη η αύξηση του κόστους τις αντίστοιχες περιόδους. Η μεταβολή αυτή στο κόστος οφείλεται στην αναπροσαρμογή της τιμής του κόστους για την εξέταση αυτή σύμφωνα με το ΦΕΚ 3100/Β/2011. Από την άλλη πλευρά, η εξοικονόμηση από τη μείωση των εξετάσεων του ισοενζύμου MB της κρεατινικής κινάσης (CPK-MB) είναι σημαντική.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουμε και από τη μελέτη του δείκτη μέσου κόστους κάθε είδους εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος ανά ασθενή των Τ.Ε.Ι. και την σύγκρισή του για τις δυο μελετηθείσες περιόδους (Πίνακας 9). Το μέσο κόστος ανά ασθενή Τ.Ε.Ι. για το σύνολο των πραγματοποιηθέντων εργαστηριακών εξετάσεων εμφάνισε σημαντική αύξηση το 2012 σε σχέση με το 2008 (+7,58 ευρώ/ασθενή), ενώ η ποσοστιαία μεταβολή ήταν μεγαλύτερη από εκείνη που εμφάνισε το συνολικό κόστος των εξετάσεων (+56,7%)

για τα έτη αυτά. Σχετικά με το είδος της εξέτασης που εμφάνισε το μεγαλύτερο μέσο κόστος ανά ασθενή προκύπτουν τα ίδια ευρήματα όπως και από τη μελέτη του συνολικού κόστους των εξετάσεων. Ο βασικός βιοχημικός έλεγχος το 2008 εμφάνισε το μεγαλύτερο μέσο κόστος ανά ασθενή και ειδικά η μέτρηση των ηλεκτρολυτών Νατρίου και Καλίου, ενώ το 2012 η μέτρηση των καρκινικών δεικτών ήταν αυτή που εμφάνισε το μεγαλύτερο μέσο κόστος ανά ασθενή και ιδιαίτερα η εξέταση για το ειδικό προστατικό αντιγόνο ορού (PSA), που εμφάνισε και τη μεγαλύτερη αύξηση. Επομένως, η οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου τόσο από την αύξηση του συνολικού πλήθους των εργαστηριακών βιοχημικών εξετάσεων σε ασθενείς των Τ.Ε.Ι. όσο και από την συχνότερη παραπομπή για τον προσδιορισμό καρκινικών δεικτών ειδικότερα, που εμφανίζει και το υψηλότερο κόστος, μετά την οικονομική ύφεση και κατά τη δημοσιονομική προσαρμογή είναι σημαντική, αποτελώντας τροχοπέδη στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών υγείας.

Επιπρόσθετα, από τη μελέτη του δείκτη σχέσης αναλύσεων για κάθε είδος εργαστηριακής εξέτασης του Βιοχημικού Τμήματος που αφορούν σε ασθενείς Τ.Ε.Ι. ανά απασχολούμενο στο Βιοχημικό Τμήμα για ένα έτος προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με την παραγωγικότητα και την επιβάρυνση ή μη της λειτουργίας του βιοχημικού εργαστηρίου κατά τα έτη της μελέτης. Όπως φαίνεται από τον σχετικό πίνακα (Πίνακας 10), ο αριθμός αναλύσεων για το σύνολο των εξετάσεων ανά απασχολούμενο αυξήθηκε σημαντικά το 2012 σε σχέση με το 2008 (6.563,13 αναλύσεις περισσότερες για κάθε εργαζόμενο). Η αύξηση αυτή προήλθε από δύο κυρίως αιτίες: αφενός από την αύξηση του πλήθους των εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο Βιοχημικό Τμήμα το 2012 σε σχέση με το 2008, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, και αφετέρου από την μείωση του προσωπικού το 2012, που οφειλόταν σε συνταξιοδοτήσεις και τη μη πρόσληψη προσωπικού, όπως προβλεπόταν από την εφαρμογή του Μνημονίου. Η διενέργεια περισσότερων εξετάσεων στο Βιοχημικό Τμήμα και η μεγαλύτερη αναλογία τους σε κάθε εργαζόμενο πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της λειτουργίας του και την μεγαλύτερη καταπόνηση των εργαζομένων του. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, μια τέτοια επιβάρυνση εργαστηρίου και εργαζομένων θα μπορούσε να έχει επιπτώσεις και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το εργαστήριο, αλλά και του Νοσοκομείου γενικότερα^{8,83,84}. Η περαιτέρω επιβάρυνση του εργαστηρίου δυνατόν να οδηγήσει σε καθυστέρηση της εκτέλεσης και της έκδοσης αποτελεσμάτων των αιτούμενων από τους κλινικούς ιατρούς εξετάσεων, δυσκολεύοντας με τον τρόπο αυτό την προσπάθειά τους για έγκαιρη και ορθή διάγνωση, αλλά προκαλώντας και τη μη ικανοποίηση των ασθενών που επισκέπτονται τα Τ.Ε.Ι., ενώ είναι δυνατόν να προκληθούν περισσότερα σφάλματα την εκτέλεση των

εξετάσεων που οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα. Θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί η ύπαρξη ή μη επίπτωσης στην ποιότητα, καθώς και της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο βιοχημικό εργαστήριο. Όπως προκύπτει από τον ίδιο πίνακα, οι εργαζόμενοι του βιοχημικού τμήματος το 2012 κλήθηκαν να πραγματοποιήσουν περισσότερες εξετάσεις που αφορούσαν στο βασικό βιοχημικό έλεγχο, τα ηπατικά ένζυμα και το κύκλο των λιπιδίων. Αντίθετα, πραγματοποίησαν λιγότερες αναλύσεις που αφορούσαν σε εξετάσεις για τις οποίες εφαρμόστηκε το πρωτόκολλο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δηλαδή για το ισοένζυμο MB της κρεατινικής κινάσης (CPK-MB), τις λιποπρωτεΐνες και την αλβουμίνη ούρων, ή σε μη ειδικές εξετάσεις, όπως η αλδολάση.

Αυτό που είναι σημαντικό να κατανοηθεί από τους κλινικούς ιατρούς είναι ότι θα πρέπει να επιλέγονται εργαστηριακές εξετάσεις και διαγνωστικές διαδικασίες τα αποτελέσματα των οποίων να ερμηνεύονται κατά τρόπο που να τους επιτρέπει να επηρεάσουν την εκτίμηση τους ως προς την πιθανότητα ασθένειας. Αυτό, όμως, προϋποθέτει εμπειρία ώστε να αξιολογούν ορθώς τα δεδομένα από το ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση και τη συμπτωματολογία του ασθενούς και ορθή εκπαίδευσή τους κυρίως πάνω στην τήρηση των κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Πριν παραγγείλουν ένα διαγνωστικό τεστ, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να θυμούνται ότι η απόλυτη διαγνωστική βεβαιότητα είναι αδύνατο να επιτευχθεί, ανεξάρτητα από το πόσο είναι αξιόπιστα τα εργαστηριακά δεδομένα. Η διάγνωση είναι μια υπόθεση και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων καθιστούν περισσότερο ή λιγότερο πιθανό την επαλήθευσή της, δηλαδή η παρουσία μιας νόσου να είναι αληθινή. Περισσότερες δοκιμές, όμως, δεν οδηγούν απαραίτητα σε μεγαλύτερη βεβαιότητα. Επαναλαμβανόμενες εξετάσεις μπορεί να δώσουν στους κλινικούς ιατρούς αλλά και τους ασθενείς μια ψευδή αίσθηση ασφάλειας δεδομένου και της πιθανότητας τα αποτελέσματα να είναι ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά. Η πιθανότητα ή μη ότι μια ασθένεια είναι παρούσα, πρέπει να προσδιορίζεται πριν ο κλινικός ιατρός παραγγείλει τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, αλλά και παράλληλα θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις ποικίλλουν όσον αφορά την ικανότητά τους να προσδιορίζουν και να επαληθεύουν ή όχι την πιθανότητα μιας νόσου^{71, 83, 85}.

Επιπλέον, οι ασθενείς συχνά αποδίδουν μεγαλύτερη αξία από ό,τι πραγματικά έχουν στις εργαστηριακές εξετάσεις σε σχέση με την διαγνωστική εκτίμηση του επαγγελματία υγείας. Αυτό τους οδηγεί στο να ζητούν επιτακτικά και με μεγαλύτερη συχνότητα τη διενέργεια εξετάσεων. Αυτό, όμως, που πρέπει να λάβουν υπόψιν τους τόσο οι ιατροί όσο και οι

ασθενείς είναι ότι οι περιττές εργαστηριακές εξετάσεις ενδέχεται να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα έκθεση των ασθενών σε τοξικές ουσίες ή ψευδώς θετικά αποτελέσματα που μπορεί να προκαλέσει το φόβο και το άγχος σε ασθενείς, ή μπορεί να οδηγήσουν σε περαιτέρω περιττές εξετάσεις δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Στα δημόσια Νοσοκομεία που παρέχουν υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος από ό,τι στα ιδιωτικά κέντρα καταφεύγουν ολοένα και περισσότερο οι ασθενείς, ιδιαίτερα όταν δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο αυξημένο κόστος λόγω της συμπίεσης του εισοδήματός τους, όπως συνέβη και την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής. Η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις σε δημόσιο Νοσοκομείο της Ελλάδας, όπως προέκυψε από την παρούσα μελέτη, αυξήθηκε μετά την δημοσιονομική ύφεση στους εξωτερικούς ασθενείς, εύρημα που συμφωνεί και με μια άλλα μελέτη που βασίστηκε σε στοιχεία του Υ.Υ.Κ.Α (ESY.net) , η οποία εκτιμά ότι η αύξηση της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις σε εξωτερικούς ασθενείς των δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα εμφάνισε το 2011 αύξηση κατά 18.2% σε σχέση με το 2010¹²⁵. Οι εργαστηριακές εξετάσεις, ωστόσο, κοστίζουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μεγάλα χρηματικά ποσά και ακατάλληλη χρήση τους μπορεί να συνδέεται με ανεπάρκειες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Ο βασικός περιορισμός της μελέτης μας προήλθε από την ανεπάρκεια των στοιχείων που καταχωρούνταν στο πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου, ιδιαίτερα για το έτος 2008. Τα εργαστήρια παρείχαν συγκεντρωτικά στοιχεία για το πλήθος των εξετάσεων, χωρίς να τις ταξινομούν ανά είδος εξέτασης ή/και ανά κατηγορία ασθενών. Η μόνη εξαίρεση αφορούσε το Βιοχημικό Τμήμα του Νοσοκομείου, που παρείχε τόσο το 2008 όσο και το 2009 πλήρη στοιχεία με την παραπάνω ταξινόμηση και για αυτό το λόγο επιλέχθηκε για τη μελέτη. Επιπρόσθετα, σημαντική ήταν η έλλειψη των δεδομένων που καταχωρούνταν από το πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου και παραδίδονταν στην Η.ΔΙ.Κ.Α. για επεξεργασία και συγκεκριμένα: το 2008 υπήρξε απουσία αρκετά μεγάλου πλήθους δεδομένων για εργαστηριακές εξετάσεις από τις ηλεκτρονικές καταχωρήσεις, αν και η έλλειψη μετά το 2010 βελτιώθηκε αισθητά, δημιουργώντας μια ψευδή εικόνα για τετραπλασιασμό και πλέον των εργαστηριακών εξετάσεων. Επίσης, η έλλειψη δημογραφικών δεδομένων (φύλο, ηλικία, ασφαλιστικός φορέας) ήταν σημαντική, καθιστώντας αδύνατη την στατιστική τους επεξεργασία (μεγάλο πλήθος από χαμένα δεδομένα-missing data). Η βελτίωση των πληροφοριακών συστημάτων του Νοσοκομείου και η καλύτερη καταγραφή της κίνησης των Τμημάτων του και των δημογραφικών δεδομένων των ασθενών θεωρείται επιβεβλημένη.

Συμπερασματικά, η ζήτηση για εργαστηριακές εξετάσεις στο Βιοχημικό Τμήμα από ασθενείς των Τ.Ε.Ι. στο Γ. Ν. Νίκαιας-Πειραιά αυξήθηκε σημαντικά στην μετά-υφesiaκή περίοδο και κατά τη δημοσιονομική προσαρμογή, σε σχέση με την προ-υφesiaκή περίοδο. Οι εξετάσεις που παρουσίασαν τη μεγαλύτερη ζήτηση αφορούσαν στις συνήθεις διαγνωστικές βιοχημικές εξετάσεις, σε εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε σοβαρά και χρόνια περιστατικά, ενώ παράλληλα έγιναν και ορισμένες προσπάθειες για μείωση περιττών εξετάσεων μέσα από την τήρηση των πρωτοκόλλων. Η αύξηση της ζήτησης είχε επιπτώσεις στον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μέσω της αύξησης του κόστους των εξετάσεων, που προήλθε όχι μόνο από την αύξηση του αριθμού των αναλύσεων αλλά και από την αύξηση της ζήτησης για εξετάσεις υψηλού κόστους. Επιπλέον, η αύξηση της ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις οδήγησε σε λειτουργική επιβάρυνση του Βιοχημικού Τμήματος, τόσο με την αύξηση του συνολικού αριθμού τους όσο και με την επιφόρτωση λιγότερων εργαζομένων με τη διενέργεια περισσότερων εξετάσεων. Οι κύριες αιτίες που προκάλεσαν αυτή την αύξηση της ζήτησης θα μπορούσαν να εντοπισθούν στην δυνατότητα των ασθενών των Τ.Ε.Ι. να προβούν σε εργαστηριακές εξετάσεις χωρίς σημαντική ή και καθόλου οικονομική επιβάρυνση σε μια περίοδο συμπίεσης των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων, στην αύξηση των χρόνιων περιστατικών που χρήζουν συχνής παρακολούθησης και εργαστηριακής διερεύνησης, στην μεγαλύτερη εφαρμογή προληπτικών εξετάσεων και, πιθανόν, στην μη εκτεταμένη τήρηση των διαγνωστικών πρωτοκόλλων από τους επαγγελματίες υγείας των Τ.Ε.Ι. του Νοσοκομείου.

Βιβλιογραφία

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006;Available at:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf2.
2. Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Γ': Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
3. Καλογεροπούλου Μ. Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011;28(6):794 – 803
4. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010;27(5):834 – 840
5. Hickner J, Thompson PJ, Wilkinson T, Epner P, Shaheen M, Pollock AM, Lee J, Duke CC, Jackson BR, Taylor JR. Primary Care Physicians' Challenges in Ordering Clinical Laboratory Tests and Interpreting Results. JABFM 2014; 27(2):268-274
6. ASCLS. Value of Clinical Laboratory Services in Health Care. Position Paper, 2005
7. Fowkes FG. Containing the use of diagnostic tests. Br Med J (Clin Res Ed) 1985;290:488-90
8. Van Walraven C, Naylor D. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits. JAMA 1998;280:550-558
9. World Health Organization. The financial crisis and global health. Report of a high level consultation. WHO, Geneva 2009
10. Dubois H & Anderson H. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2013

11. Mladovsky P et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. World Health Organization 2012
12. Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
13. WHO. Declaration of Alma-Ata. 1978; Available at: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
14. Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α': Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα 2002
15. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of Medical care. American Economic Review 1963;53:941-973
16. Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σωτηριάδου Κ. Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011;3(2):38-43
17. Υφαντόπουλος Γ. Τα Οικονομικά της Υγείας. Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα 2006
18. Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σωτηριάδου Κ. Η επίδραση των ιδιαιτεροτήτων του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και τομέα ασφάλισης υγείας στη βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2010;22(1):25 – 31
19. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007
20. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. GMS Psycho-Social-Medicine 2012;9:Doc11.
21. Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Παρισιάνος, Αθήνα 1982
22. Bradshaw JR. The concept of social need. New Society 1972;496:640-643

23. Corney, Roslyn H. Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *Journal of Psychosomatic Research* 1990;34 (5):525 – 534
24. Parslow R , Jorm A , Christensen H , Jacomb P. Factors associated with young adults' obtaining general practitioner services. *Australian Health Review* 2002; 25:109–118.
25. Courtenay W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 2000;50:1385-1401
26. Saltonstall R. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine* 1993; 36 (1): 7-14.
27. Green CA, Pope CR. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 1999;48(10):1363-1372
28. European Commission. European Community Health Indicators. 2011, available at: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
29. ΕΛ.ΣΤΑΤ., www.statistics.gr
30. Μπάγκαβος Χ. Η κατάσταση Υγείας του Πληθυσμού της Ελλάδας: Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο Υγείας, ΙΝΕ, Αθήνα, 2012
31. Matheson FI et al. Physical health and gender as risk factors for usage of services for mental illness. *British Medical Journal's Journal of Epidemiology & Community Health*, 2014
32. Frost JJ. Public or Private Providers? U.S. Women's Use Of Reproductive Health Services. *Family Planning Perspectives* 2001;33(1):4-12
33. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000;49(2):147-52
34. Hunt K, Adamson J, Hewitt C, Nazareth I. Do women consult more than men? A review of gender and consultation for back pain and headache. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2011;16(2):108-117

35. WHO. Health of the elderly. WHO, Geneva 1989, available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39521/1/WHO_TRS_779.pdf
36. Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών. Η διογκούμενη δημογραφική γήρανση. 2008; Available at:
http://www.edim.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=69&lang=el
37. Μπαμπάτσικου Φ. Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού. Το Βήμα του Ασκληπιού 2009;8(4):275 – 290
38. Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annual review of sociology* 2010;36:139-157.
39. Watt RG, Heilmann A, Sabbah W, Newton T, Chandola T, Aida J et al. Social relationships and health related behaviors among older US adults. *BMC Public health* 2014;14:533
40. Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Soc Sci Med* 1995;40(12):1717-1730
41. Fuhrer R, Stansfeld S. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one of multiple sources of support from “close persons”. *Social Science and Medicine* 2002;54: 811- 825
42. Arling G. Interaction effects in a multivariate model of physician visits by older people. *Med Care* 1985;23(4):361-71.
43. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Rusch N, Brown JS, Thornicroft J. What is the impact of mental health-related stigma on helpseeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* 2015;45(1): 11-27

44. Franklin M, Schlundt D, McClellan L, Kinebrew T, Sheats J, Belue R, Brown A, Smikes D, Patel K, Hargreaves M. Religious Fatalism and its association with Health Behaviors and Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 2007; 31(6): 563-72
45. Duncan GJ, Daly MC, McDonough P, Williams DR. Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research. *American Journal of Public Health* 2002;92(7):1151-1157
46. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA .Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *J Psychosom Res.* 2002;53(4):891-895.
47. Buckley NJ, Denton FT, Robb AL, Spencer BG. The Transition from Good to Poor Health: An Econometric Study of the Older Population. *QSEP Research Report* 2003; 381
48. Davey S, Hart C, Hole D, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52(3):153-160
49. van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.* 2004;13(7):629-47.
50. Devaux M and M de Looper. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. *OECD Health Working Papers* 2012; 58
51. Smith J, Braunack-Mayer A, Wittert G, Warin M. "It's sort of like being a detective": Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research* 2008;8:56. Available at <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/56>
52. Ort RS. Effects of Psychological Factors on the Delivery and Utilization of Health Care Services. *Professional Psychology* 1974;5(1): 91-94
53. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract.* 1996;13(1):75-83

54. Gramling E, Clawson P, McDonald M. Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: Amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine* 1996;58:423–431
55. Τζαφάλια Μ, Ρούτσης Α. Παράγοντες που Επηρεάζουν την Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2015;8(1):12-20
56. Nelson LD. Consumer Perceptions of Value and Price. *Advances in Consumer Research* 2009; 36: 119-122
57. Ahmed J, Shaikh BT. The Many Faces of Supplier Induced Demand in Health Care. *Iranian J Publ Health* 2009;38(2):139-141
58. Einav L, Finkelstein A, Ryan SP, Schrimpf P, Cullen MR. Selection on moral hazard in health insurance. NBER 2011, Working Paper 16969, available at <http://www.nber.org/papers/w16969>
59. Gray A. When moral hazard is good: a critique of the United States healthinsurance system. *Economics Theses* 2006, Paper 15; Available at: http://soundideas.pugetsound.edu/economics_theses/15
60. Lamarche PA, Pineault R, Gauthier J, Hamel M, Haggerty J. Availability of Healthcare Resources, Positive Ratings of the Care Experience and Extent of Service Use: An Unexpected Relationship. *Healthcare Policy* 2011;6(3):46-56.
61. Rice N, Smith PC. Ethics and geographical equity in healthcare. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:256–261
62. Aday L, Andersen R. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care* 1981;XIX (suppl): 4-27.
63. Αλεξιάδης Α.Δ, Σιγάλας Ι. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Δ':Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα 1999

64. Perides M. An introduction to Quality Assurance in Health Care. *International Journal for Quality in Health Car* 2003;15(4):357-358
65. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *British Medical Journal* 1984;288(6428):1470-1472
66. Price CP. Evidence-based laboratory medicine: supporting decision-making. *Clin Chem* 2000;46(8 Pt 1):1041-50
67. The Lewin Group. Laboratory medicine: a national status report. The Lewin Group, 2008, Available at: <http://www.futurelabmedicine.org>
68. Price CP. Application of the principles of evidence-based medicine to laboratory medicine. *Clinica Chimica Acta* 2003;333:147-54
69. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006;31(1):52-61.
70. The Lewin Group. The value of diagnostics innovation, adoption and diffusion into health care. Advanced Medical Technology Association, 2005; Available at <http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/61EB858F-EC9E-4FAB-9547-09DABF7D2A72/0/thevalueofdiagnostics.pdf>
71. Durbin CG Jr. Guideline process improves laboratory use and costs. *Crit Care Med* 1997;25:1262-3
72. Hepner DL. The role of testing in the preoperative evaluation. *Cleve Clin J Med* 2009;76(S4):S22-S27.
73. Tan LTH, Ong KL. The impact of technological change on the increase in health Hong Kong j. emerg. med. 2002;9(4):231-236
74. Csako G. Present and future of rapid and/or high-throughput methods for nucleic acid testing. *Clin Chim Acta* 2006;363(1-2):6-31

75. Fauci AS. Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Perpetual Challenge. *Academic Medicine* 2005;80(12):1079–85
76. Καραμπλή Ε, Χατζάκη Α, Πολύζος Ν, Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ. Η επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014;31(1):77-84
77. Fichman RG, R. Kohli R, Krishnan R, The Role of Information Systems in Healthcare: Current Research and Future Trends, Editorial Overview. *Information Systems Research* 2011;22(3):419-428
78. WHO. Health Metrics Network Framework and Standards for Country Health Information Systems. WHO 2008
79. WHO. Information support for new public health action at the district level. Report of a WHO Expert Committee”, WHO Technical support series, Geneva 1994
80. Bossuyt X, Verweire K, Blanckaert N. Laboratory Medicine: Challenges and Opportunities. *Clinical Chemistry* 2007;53(10):1730-1733
81. Fryer AA, Smellie WSA. Managing demand for laboratory tests: a laboratory toolkit. *J Clin Pathol* 2013;66:62–72
82. Clancy C, Murphy M. Laboratory Test Costs: Attitudes and Awareness Among Staff in a Regional Hospital. *Irish Medical Journal* 2014;107(1):8-11
83. Teke B, Cihangiroğlu N. How to Control Physicians’ Overutilization of Resources to Reduce the Health Services Costs? *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(4): 465-470
84. Kwok J, Jones B. Unnecessary repeat requesting of tests: an audit in a government hospital immunology laboratory. *J Clin Pathol* 2005;58:457–462
85. Scherokman B. Selecting and Interpreting Diagnostic Tests. *The Permanente Journal* Fall 1997;1(2):4-7

86. Lusardi A, Schneider DJ, Tufano P. The Economic Crisis and Medical Care Usage. NBER 2010; Working Paper No. 15843
87. Catalano R. Health, Medical Care, and Economic Crisis. N Eng J Med 2009;360:749-751
88. WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. WHO 2009; Available at: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/87/1/09-010101/en/index.html>
89. INTERNATIONAL MONETARY FUND. Global Economic Slump Challenges policies. IMF 2009; Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>
90. EUROPEAN COMMISSION. Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy. EC 2009; Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publication/publication15887_en.pdf
91. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Global employment trends 2010. ILO, Geneva, 2010; Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_120471.pdf
92. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Data: Unemployment. Available at: <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm>
93. World Trade Organization. International Trade Statistics 2010: World trade developments in 2009, Available at: https://www.wto.org/english/res_e/statis_e/its2010_e/its10_world_trade_dev_e.html
94. Marmot MG, Bell R. How the financial crisis affect health? Br Med J 2009; 338:b1314
95. Παπαλιού Ο. Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας, Το ζήτημα των άστεγων: μία πρώτη προσέγγιση. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 2010

96. Matsaganis M. The welfare state and the crisis: The case of Greece. *Journal of European Social Policy* 2011;21(5):501-512.
97. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014;115(2–3):111-119
98. World Health Organization. The determinants of Health. WHO; Available at: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
99. Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(1):106-112
100. Musgrove P. The Economic Crisis and its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services* 1987;17(3):411–41
101. Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in profile. Expert report, UK Presidency of the EU, 2005.
102. Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*;18(2): 172–181
103. Ruhm C. Are Recessions Good For Your Health? *Quarterly Journal of Economics* 2000;115(2): 617-650
104. Stuckler D, Basu S. The International Monetary Funds’s effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *Int J Health Serv* 2009;39:771–81
105. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 97-105.
106. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009; 374:315–323

107. Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2012;11(1):202-212
108. Cutler DM, Knaul F, Lozano R, Mendez O, Zurita B. Financial Crisis, Health Outcomes and Anging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper 2000;No.7746
109. Yang BM, Prescott N, Bae EY. The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. Health Policy Plan 2001;16(4):372-85
110. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses. WHO 2009
111. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO 2012
112. Νόμος 1397/ 1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας». (ΦΕΚ 143 Α')
113. Νόμος 3235/2004, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». (ΦΕΚ 53 Α')
114. Αντωνοπούλου Λ. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2008;3(2):109-120
115. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2008;47(3):320 – 333
116. Τούντας Γ. και συνεργάτες. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1986-2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 2008
117. Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ, Λιαρόπουλος Λ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008;25(5):663 – 672

119. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009;48(1):37–49
120. Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2003;20(1):76-87
121. Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. *OECD Health Working Papers*; No. 50, OECD Publishing 2010
122. Ν. 3329/2005, «Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε)» (ΦΕΚ 81 Α΄)
123. OECD health data, available at: <http://www.oecd.org>
124. Economou C, Giorno C. Improving the performance of the public health care system in Greece. *OECD Economic Department Working Papers* 2009;No. 722
125. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic Crisis, Restrictive Policies ,and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case. *Am J Public Health* 2013;103: 973–980
126. Kaitelidou D, Kouli E. Greece: the health system in a time of crisis. *Eurohealth* 2012;18(1):12-14
127. Νόμος 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. (ΦΕΚ 31 Α΄)
128. Νόμος 4052/2012. Ρύθμιση θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και εποπτευόμενων φορέων. (ΦΕΚ 41 Α΄)