



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ
ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ

Διπλωματική Εργασία

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
του
ΤΟΛΙΟΥ ΑΓΓΕΛΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής: Κουσενίδης Δημήτριος

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού

Διπλώματος στην
Εφαρμοσμένη Λογιστική και Ελεγκτική

Νοέμβριος 2016

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κουσενίδη Δημήτριο για την συνεργασία και την καθοδήγηση που μου παρείχε κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που με εμπυχώνει και πιστεύει στις δυνατότητές μου. Παράλληλα, οφείλω ένα ευχαριστήσω τους φίλους και τους συνεργάτες μου που βρίσκονται συνεχώς δίπλα μου, με στηρίζουν και με συμβουλεύουν. Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στο διοικητικό συμβούλιο της Alzheimer Hellas που ενέκρινε τη μελέτη και μου έδωσε την άδεια να διαθέσω τα ερωτηματολόγια της μελέτης στους ασθενείς του Κέντρου Ημέρας «Αγία Ελένη».

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με το φαινόμενο της ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και παγκοσμίως. Ειδικότερα, η χρηματοδότηση των μονάδων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, τρόπος λειτουργίας τους και διαρκής αύξηση των ψυχικά πασχόντων αποτέλεσε το έναυσμα για την μελέτη της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Η υποχρηματοδότηση των δομών του δημοσίου λόγω της στενότητας των οικονομικών πόρων έστρεψε τους ασθενείς στην ιδιωτική πρωτοβουλία για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ραγδαία αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Ο αριθμός των ηλικιωμένων για τις αναπτυγμένες χώρες τριπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 1950 και 2013, από 94 εκατομμύρια, σε 287 εκατομμύρια, και πρόκειται να αυξηθεί περαιτέρω στις επόμενες δεκαετίες, αγγίζοντας τα 417 εκατομμύρια το 2050 (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2013). Πιθανά, η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων παγκοσμίως να αποτελεί έναν από τους λόγους που παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση των σχετιζόμενων με την ηλικία νευροεκφυλιστικών διαταραχών.

Η απαξίωση των κρατικών δομών αντιμετώπισης ψυχικών νοσημάτων και η αύξηση των ασθενών με μείζονες και ήπιες νοητικές διαταραχές, αποτέλεσαν κίνητρο για την δημιουργία ολοκληρωμένων κέντρων αντιμετώπισης ψυχικών παθήσεων.

Η πρώτη ενότητα αφορά στην θεωρητική ανάλυση των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, τα κριτήρια διάκρισης των συστημάτων υγείας, το νομικό πλαίσιο, καθώς και τα οικονομικά μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την κατανόηση και ανάλυση των χρηματικών παραμέτρων της λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας.

Η επόμενη ενότητα αφορά στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, το οποίο έγινε με την μέθοδο της συλλογής ερωτηματολογίων σε ασθενείς με άνοια και τους περιθάλποντες τους, καθώς και σε ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ), δηλαδή άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της άνοιας, ωστόσο, δεν πληρούν ακόμη τα διαγνωστικά κλινικά κριτήρια, καθώς και τους συγγενείς τους. Στη μελέτη μας διερευνήθηκε ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στη σοβαρότητα του σταδίου της άνοιας σε σχέση με παράγοντες, όπως το μηνιαίο ποσό που δαπανά ο ασθενής με άνοια στην Ελλάδα για ιατροφαρμακευτική αγωγή, για διαγνωστικές-παρακλινικές εξετάσεις, για είδη περιποίησης, και για αμοιβές εξωτερικών φροντιστών με βάση.

Περιεχόμενα

Κατάλογος πινάκων.....	7
Κατάλογος διαγραμμάτων	9
Κεφάλαιο πρώτο	11
1.1 Εισαγωγή.....	11
1.2 Ερώτημα μελέτης.....	11
1.3 Μεθοδολογία	11
1.4 Συλλογή δεδομένων	12
Κεφάλαιο δεύτερο	13
Κεφάλαιο Τρίτο.....	18
3.1 Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	19
3.2 Μέθοδοι χρηματοδότησης της ανοικτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης	20
3.2.1 Αμοιβή κατά πράξη	20
3.2.2 Αμοιβή με μισθό.....	21
3.2.3 Αμοιβή κατά κεφαλή.....	21
3.3 Μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. (Σωτήρης Σούλης, Οικονομικά της Υγείας εκδόσεις Παπαζήση 1998).....	22
3.3.1 Κλασική μέθοδος	22
3.3.2 Σύγχρονη μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων	24
3.3.3 Κριτήρια διάκρισης συστημάτων υγείας που είναι αποδεκτά από τον Ο.Ο.Σ.Α.....	25
3.4 Δείκτες ψυχικής υγείας	26
Κεφάλαιο Τέταρτο	27
4.1 Αρχές και αξίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	27
4.2 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β΄	29
4.3 Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	32
4.3.1 Δημόσιος Τομέας	32
4.3.2 ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα	32
4.4 Ένταξη των ψυχικά πασχόντων στην αγορά εργασίας.....	34
4.5 Σύμφωνα Spidla-Αβραμόπουλου	35
4.6 ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ Laszlo Andor -Λυκουρέντζου	36
4.7 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργώς.....	38
4.8 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Γ΄ 2011-2020.....	41
4.9 Διεθνές περιβάλλον	43
Κεφάλαιο Πέμπτο	45
5.1 Εισαγωγή.....	45
5.2 Υπόδειγμα Rice	45
5.3 Υπόδειγμα Lee.....	45
5.4 Υπόδειγμα Gunnar Myrdal (1952)	46
5.5 Η θεωρία του Kenneth Arrow	46
5.6 Το υπόδειγμα Michael Grossman.....	47
5.7 Ο νόμος του Roemer.....	47
5.8 Το υπόδειγμα Andersen	47
Κεφάλαιο Έκτο	48
6.1 Εισαγωγή.....	48
6.3 Αποτελέσματα και διαγράμματα ατόμων με άνοια.....	52
6.4 Αποτελέσματα και διαγράμματα ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή(Mci).....	72

Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	82
Βιβλιογραφία.....	85

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 6.1: Κατανομή φύλου σε άτομα με άνοια.....	52
Πίνακας 6.2: Μηνιαίου εισοδήματος ατόμων με άνοια.....	53
Πίνακας 6.3: Κατανομή ασφαλιστικού ταμείου ασθενών με άνοια.....	54
Πίνακας 6.4: Μηνιαίου κόστους για φάρμακα ασθενών με άνοια.....	55
Πίνακας 6.5: Μηνιαίου κόστους ιατρού για ασθενείς με άνοια.....	56
Πίνακας 6.6: Μηνιαίου κόστους για φροντίδα ασθενών με άνοια.....	57
Πίνακας 6.7: Μηνιαίου κόστους για είδη περιποίησης ασθενών με άνοια.....	58
Πίνακας 6.8: Μηνιαίου κόστους για παρακλινικές εξετάσεις ασθενών με άνοια.....	59
Πίνακας 6.9: Στάδιο άνοιας.....	60
Πίνακας 6.10: Πρόωρη συνταξιοδότηση ασθενών με άνοια.....	61
Πίνακας 6.11: Επίδρασης οικονομικής κρίσης ασθενών με άνοια.....	62
Πίνακας 6.12: Συσχέτιση ασθενών με αρχικό στάδιο άνοιας και μηνιαίου κόστους δαπάνης για φάρμακα.....	63
Πίνακας 6.13: Συσχέτιση ασθενών με μέσο στάδιο άνοιας και μηνιαίου κόστους δαπάνης για φάρμακα.....	64
Πίνακας 6.14: Συσχέτιση ασθενών με τελικό στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος δαπάνης για φάρμακα.....	65
Πίνακας 6.15: Συσχέτισης ασθενών με αρχικό στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος για την φροντίδα.....	66
Πίνακας 6.16: Συσχέτισης ασθενών με μέσο στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος για την φροντίδα.....	67
Πίνακας 6.17: Συσχέτισης ασθενών με τελικό στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος για την φροντίδα.....	68
Πίνακας 6.18: Συσχέτισης ασθενών με αρχικό στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος ιατρού.....	69
Πίνακας 6.19: Συσχέτισης ασθενών με μέσο στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος ιατρού.....	70
Πίνακας 6.20: Συσχέτισης ασθενών με τελικό στάδιο άνοιας και μηνιαίο κόστος ιατρού.....	71
Πίνακας 6.21: Κατανομή φύλου ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	72
Πίνακας 6.22: Μηνιαίου εισοδήματος ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	73
Πίνακας 6.23: Κατανομή ασφαλιστικού ταμείου ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	74
Πίνακας 6.24: Επίδρασης οικονομικής κρίσης ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	75
Πίνακας 6.25: Μηνιαίου κόστους για φάρμακα ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	76
Πίνακας 6.26: Μηνιαίου κόστους για γιατρό ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	77

Πίνακας 6.27: Μηνιαίου κόστους για φροντίδα ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	78
Πίνακας 6.28: Μηνιαίου κόστους για είδη περιποίησης ατόμων με ήπια νοητικής διαταραχή.....	79
Πίνακας 6.29: Μηνιαίου κόστους για παρακλινικές εξετάσεις σε άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	80
Πίνακας 6.30 ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	81

Διάγραμμα 6.22: Μηνιαίου εισοδήματος ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	73
Διάγραμμα 6.23: Κατανομής ασφαλιστικού ταμείου σε άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	74
Διάγραμμα 6.24: Επίδραση οικονομικής κρίσης ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	75
Διάγραμμα 6.25: Μηνιαίου εισοδήματος για δαπάνη φαρμάκων σε άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	76
Διάγραμμα 6.26: Μηνιαίου κόστους για δαπάνη σε γιατρό από άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	77
Διάγραμμα 6.27: Μηνιαίου κόστους για δαπάνη φροντίδας ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή.....	78
Διάγραμμα 6.28: Μηνιαίου κόστους για είδη περιποίησης σε άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	79
Διάγραμμα 6.29: Μηνιαίου κόστους για παρακλινικές εξετάσεις σε άτομα με ήπια νοητική διαταραχή.....	80
Διάγραμμα 6.30: Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή....	81

Κεφάλαιο πρώτο

1.1 Εισαγωγή

Η έρευνα η οποία θα αναλυθεί παρακάτω αφορά στο κόστος που δαπανούν τα άτομα που πάσχουν από ήπια μορφής και βαριάς μορφής άνοιας. Οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια καθώς και οι περιθάλποντες αυτών αναζητούν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας , ενημέρωση για σωστή αντιμετώπιση της νόσου, αποτελεσματική θεραπεία. Οι ανωτέρω ανάγκες οδήγησαν στην συγκεκριμένη έρευνα με ερωτηματολόγια, η οποία έχει ως σκοπό να αναφέρει τα χρήματα τα οποία δαπανά ένας ασθενείς για την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη, την φροντίδα του από εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τις παρακλινικές- βιοχημικές εξετάσεις του.

1.2 Ερώτημα μελέτης

Με βάση το διαθέσιμο εισόδημα και την εργασιακή κατάσταση του κάθε ασθενούς σε συνάρτηση με τον ασφαλιστικό φορέα των οποίο καλύπτονται πόσα χρήματα δαπανά ο ασθενείς ο οποίος πάσχει από άνοια.

1.3 Μεθοδολογία

Πρώτο κεφάλαιο: Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει το ερώτημα της μελέτης, τον σκοπό της διπλωματικής εργασίας καθώς και την συλλογή δεδομένων τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την διεκπεραίωση της μελέτης αυτής.

Δεύτερο κεφάλαιο: Περιλαμβάνει μια ιστορική αναδρομή των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα, και στον τρόπο περίθαλψης των ασθενών με νευροεκφυλιστικά νοσήματα από τις δομές του κράτους, καθώς και το πέρασμα από το παλιό μοντέλο θεραπείας στην πανευρωπαϊκή ψυχιατρική μεταρρύθμιση και στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.

Τρίτο κεφάλαιο: Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφονται αναλυτικά τα κριτήρια διάκρισης των συστημάτων υγείας, με βάση της πηγές χρηματοδότησης.

Τέταρτο κεφάλαιο: Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει το νομικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων αντιμετώπισης νόσου Alzheimer και την χρηματοδότηση αυτών των μονάδων.

Πέμπτο κεφάλαιο: Στο πέμπτο κεφάλαιο, περιγράφονται τα οικονομικά μοντέλα και τα υποδείγματα που εφαρμόζονται στον ευρύτερο τομέα της υγείας (ψυχική και μη), τόσο στον ελλαδικό χώρο όσο και παγκοσμίως.

Έκτο κεφάλαιο: Το έκτο κεφάλαιο, αναφέρεται στο ερευνητικό κομμάτι της διπλωματικής εργασίας και περιλαμβάνει απαντήσεις και επεξηγήσεις στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου με ταυτόχρονη χρήση διαγραμμάτων και πινάκων.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθεται η εξαγωγή των συμπερασμάτων και η αξιολόγηση των προβλημάτων που εμφανίζονται με βάση τις απαντήσεις που προέκυψαν από τα δοθέντα ερωτηματολόγια. Παράλληλα, αναφέρονται προτάσεις για την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του τρόπου λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με σκοπό την οικονομική ελάφρυνση των ασθενών και της μείωσης του κόστους λειτουργίας των μονάδων αντιμετώπισης για τη νόσο Alzheimer και συγγενών ανοιών.

1.4 Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την διεκπεραίωση της διπλωματικής μελέτης αντλήθηκαν από Ελληνική και Ξενόγλωσση βιβλιογραφία, από επιστημονικά περιοδικά, το διαδίκτυο, καθώς και από διπλωματικές εργασίες παλαιότερων ετών.

Κεφάλαιο δεύτερο

Τα συστήματα υγείας της κάθε χώρας αντανακλούν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείται μεικτό, δηλαδή με την σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα αφενός και από την χρηματοδότηση αυτών αφετέρου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα ήταν παράλληλη με την εξέλιξη του Ελληνικού κράτους σε όλες του της εκφάνσεις, είτε οικονομικές είτε πολιτικές, είτε κοινωνικές.

Από την πρώτη περίοδο της Ελληνικής ιστορίας, της ίδρυσης του Ελληνικού κράτους, η πρώτη εκλεγμένη κυβέρνηση του Ανδρέα Μιαούλη (1857-1862) θέλησε να υπάρξει ασφαλιστική κάλυψη των Ελλήνων πολιτών, και ψήφισε την δημιουργία του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου, του Ταμείου Συντάξεων Δημοσίων Υπαλλήλων και επιβλήθηκε ταυτόχρονα φόρος αποζημίωσης των θυμάτων από τα ατυχήματα στα μεταλλεία. Με την παρέλευση των ετών αποδείχθηκε ότι υπήρξε κακοδιαχείριση στα έσοδα αυτών των ταμείων, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοδότηση άλλων κρατικών αναγκών.

Το 1922 επί πρωθυπουργίας Δημητρίου Γούναρη με τον ψηφισθέντα Ν.2868 επιβλήθηκε από το κράτος να δημιουργηθούν κλαδικά ταμεία τόσο από το ίδιο το κράτος όσο και από τους εργοδότες που απασχολούσαν προσωπικό άνω των 70 εργαζομένων και λειτουργούσαν για πάνω από τρία (3) έτη. Το ίδιο έτος ιδρύεται και το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, ωστόσο, οι παροχές που υπήρχαν εκείνη την εποχή ήταν υποτυπώδης. Ουσιαστικά, υπήρχαν λίγες ιδιωτικές κλινικές και ο έλεγχος των νοσοκομείων υπόκειται στους δήμους και στις κοινότητες της επικράτειας.

Το 1925 ξεκίνησαν να δημιουργούνται κλαδικά ταμεία για συνταξιοδότηση κι έπειτα για υγειονομική περίθαλψη, όπως αυτά των φαρμακοποιών, συμβολαιογράφων, ιατρών, τελωνιακών κλπ.

Το 1934 με νόμο του κράτους ιδρύεται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και εντάσσονταν στην ασφάλιση οι εργάτες και οι υπάλληλοι του ιδιωτικού τομέα με κάλυψη υγειονομικών παροχών.

Το 1927 με το Νόμο 965 θεσπίζεται η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα. Οι πηγές χρηματοδοτήσεως ήταν ο κρατικός προϋπολογισμός, τα νοσήλεια των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και των ασθενών, τα κληροδοτήματα και οι επιχορηγήσεις από τους δήμους.

Με τον Νόμο 4169/1961, δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, που ασφαλίζει το σύνολο των αγροτών και καλύπτει περίπου το 60% του ελληνικού πληθυσμού (Γ. Τσαλίκη «Η Θεμελίωση της αντικοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα 1840-1940») (Κυριόπουλος, Ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα 2001)

Το έτος 1983 ψηφίζεται με το Νόμο 1367 το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, που αποτέλεσε μια δομική αλλαγή για την εγκαθίδρυση ενός δημοσίου συστήματος προστασίας υγείας. Η έως τότε οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών για τις δαπάνες ιατροφαρμακευτικής κάλυψης των ασθενών μειώνονται δραματικά με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ., που αναβαθμίζει την υλικοτεχνική υποδομή, το ανθρώπινο δυναμικό και τις διοικήσεις των δημοσίων νοσοκομείων. Ωστόσο μέχρι και σήμερα δεν δημιουργήθηκαν πρωτοβάθμια κέντρα υγείας (Λίλα Αντωνοπούλου, Οικονομικά της υγείας εκδόσεις Gutenberg). Στην δεκαετία που ακολούθησε (1983-1992), δημιουργήθηκαν τα πρώτα αγροτικά κέντρα υγείας. Συγκεκριμένα, κτίστηκαν 80 κέντρα υγείας και εξοπλήστηκαν 200 λοιπές ήδη υφιστάμενες δομές. Το 1983 επετράπη η δημιουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

Αργότερα, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ήταν η 1η Ιανουαρίου 2012.

Στη συνέχεια με τον Ν.4238/2014, θεσμοθετήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), όπως είναι η ονομασία του φορέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, το οποίο θα λάβει την τελική του μορφή έως το τέλος Ιανουαρίου 2014, οπότε και θα ολοκληρωθεί η μεταφορά του υγειονομικού, διοικητικού και ιατρικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ στις κατά τόπους Υγειονομικές Περιφέρειες.

Το ΠΕΔΥ, αποτελεί την υγειονομική ομπρέλα των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, αλλά και ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας με καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στις δομές του. Ο νέος αυτός φορέας θα αγοράζε υπηρεσίες Υγείας από το ΕΣΥ ή από τους ιδιώτες της Υγείας και θα τις παρείχε στους ασφαλισμένους, στα Κέντρα Υγείας και στα πολύ-ιατρεία που θα αποτελέσουν σε πρώτη φάση τον βασικό κορμό του ΠΕΔΥ. Σύμφωνα με τον τότε υπουργό υγείας *«ο οικογενειακός γιατρός είναι ο καθ' ολοκληρίαν αρμόδιος να εξετάζει τους ασφαλιζόμενους στα αστικά κέντρα, κάτι ανάλογο με τον αγροτικό γιατρό της περιφέρειας. Θα παρακολουθεί συγκεκριμένο αριθμό πολιτών/ασφαλισμένων ανά περιοχή και θα χρεωθεί με τον ηλεκτρονικό τους φάκελο»*. Θα χρειαστούν περί τους 3000 οικογενειακούς γιατρούς, που θα προέρχονται είτε από τα πολύ-ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, είτε από τα Κέντρα Υγείας είτε θα είναι ιδιώτες συμβεβλημένοι με τον νέο φορέα.

Σύμφωνα με το νόμο, τα Κέντρα Υγείας θα έπρεπε να λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο, με την απόφαση ωστόσο να τίθεται στη διακριτική ευχέρεια του διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας.

Ο νέος φορέας έλαβε την τελική του μορφή στο τέλος του Ιανουαρίου του έτους 2014, αφού έως τότε είχε ολοκληρωθεί η μετακίνηση του υγειονομικού, διοικητικού και ιατρικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ).

Ο ΕΟΠΥΥ από τη μεριά του, λειτούργησε πλέον ως ασφαλιστικός οργανισμός Υγείας και «αγόρασε» υπηρεσίες (για λογαριασμό των ασφαλισμένων του) από ελεύθερους επαγγελματίες παρόχους (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές).

Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του ΠΕΔΥ

1. Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του ΠΕΔΥ αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι μαίες, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι - διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, βοηθοί ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγοι - ακτινολόγοι, οδοντοτεχνίτες και το λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό.

2. Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

Επίσης, την ίδια περίοδο, θεσπίστηκε ο οικογενειακός γιατρός. Ο συγκεκριμένος θεσμός έχει σημαντικό ρόλο στο νέο σύστημα υγείας, αφού μαζί με τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και των πολύ-ιατρείων λειτουργούν σαν φίλτρο των προσερχόμενων περιστατικών ώστε να μη συνωστίζονται άπαντες στα νοσοκομεία.

Στα τρία αυτά σημεία θα αξιολογούνται τα περιστατικά που χρήζουν ανάγκη περίθαλψης σε νοσοκομείο. Ως οικογενειακοί γιατροί μπορούν να εργαστούν όσοι έχουν είναι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι.

Σημειώνεται πως ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να αλλάξει οικογενειακό γιατρό μία φορά το έτος.

Ειδικοί στόχοι της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας είναι οι ακόλουθοι:

(α) η επικέντρωση του ΕΟΠΥΥ στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και ενδυνάμωση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση του διττού του ρόλου ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.

(β) η ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, ενοποιώντας τις υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ με στόχο τη διασφάλιση μιας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δέσμης υπηρεσιών υγείας, ο περιορισμός του κατακερματισμού του συστήματος ΠΦΥ και κατά συνέπεια η βελτίωση του συντονισμού του και η διασφάλιση της ορθολογικότερης διαχείρισης των δομών ΠΦΥ και του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρούς, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.ά.).

Επιπλέον ο Νόμος αποσκοπεί:

(α) στην ενίσχυση της αρχής της ισότητας στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

(β) στην προσπάθεια ώστε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος υγείας, ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να δρουν υποστηρικτικά και συμπληρωματικά.

(γ) στην παροχή της φροντίδας υγείας με βάση τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς και γενικά τις εκτιμώμενες ανάγκες υγείας του.

(δ) στην ενίσχυση της αποδοτικότητας των διαθέσιμων υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.

(η) στην ανταπόκριση των υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών

Τα υφιστάμενα συστήματα υγείας δεν συμπεριλάμβαναν ένα ολοκληρωμένο σύστημα δράσης για τον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Οι σύγχρονες μέθοδοι και οι διεθνείς κανόνες επέβαλαν την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων διεθνώς. Το κενό αυτό κάλυψε η σύσταση του προγράμματος «Ψυχαργός», το οποίο αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση για την εναρμόνιση της χώρας με τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» είναι ένα πρόγραμμα δράσεων με δεκαετή χρονικό ορίζοντα, 2011-2020 που στοχεύει να καλύψει σταδιακά όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Η κωδική του ονομασία προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Η εφαρμογή της

Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με τον Ν.2071/92 και παγιώθηκε με το Ν. 2716/99 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις».

Στις αρχές της δεκαετίας του '80, λειτουργούσαν 9 ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία ενώ αντίστοιχα το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ήταν υποτυπώδες. Η ανοιχτή ψυχιατρική περίθαλψη συνίστατο κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών νοσοκομείων, στις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και του ΙΚΑ.

Η συνολική αποτίμηση του προγραμματισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) για την περίοδο 1984-2009, καταδεικνύει ότι ο σχετικός σχεδιασμός ήταν υπηρεσιοκεντρικός, και επικεντρωμένος στην υλοποίηση της αποασυλοποίησης, ενώ δευτερευόντως στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Ωστόσο, η εκπόνηση ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού, η χρηματοδότηση της υλοποίησης του από κοινοτικούς πόρους και η πρόταξη του οράματος της κοινοτικής περίθαλψης συνιστούσαν μια νησίδα καινοτομίας σ' ένα τοπίο μιας ασυνάρτητης και μωπικής δημόσιας διοίκησης. (πηγή: Εθνικό Σχέδιο δράσης 2011 υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Κεφάλαιο Τρίτο

Αρχικώς προτού ξεκινήσουμε την διάκριση των συστημάτων υγείας με βάση της πηγές χρηματοδότησης, θα πρέπει να αναφέρουμε τον εννοιολογικό προσδιορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (Κουσουλάκου και Βίτσου, 2008)

Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το έτος 2009 ανήλθε στο 9,6% του Α.Ε.Π. δηλαδή 24,6 δις ευρώ, από τα οποία τα 15,4 δις ευρώ αποτελούν δημόσια δαπάνη και τα 9,2% ιδιωτική δαπάνη για την υγεία. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας, περιλαμβάνει τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από ορισμένους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς και κατηγορίες πολιτών. Οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια τυποποιημένη μέθοδος που παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας. Με τους εθνικούς λογαριασμούς παρέχονται πληροφορίες για τρεις άξονες:

A) Πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή ποιος χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγείας μέσα στο έτος.

B) Παραγωγή, εννοώντας σε ποιο στάδιο αποτυπώνεται και πώς κατανέμονται οι πόροι στους συντελεστές παραγωγής (νοσοκομεία, κλινικές, ιατροί, νοσηλευτές, εξοπλισμός κλπ).

Γ) Κατανάλωση, δηλαδή ποιες μορφές περίθαλψης, θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους (νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των τριών αξόνων λειτουργεί ταυτόσημα και πρέπει να έχει ισότητα Χρηματοδότηση = παραγωγή = κατανάλωση.

Λόγοι που επιβάλουν την αύξηση των δαπανών υγείας:

(A) Το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά του Ελληνικού πληθυσμού είναι η γήρανση του και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Εξαιτίας αυτού ο κρατικός προϋπολογισμός καθώς και το άτομο δαπανά μεγαλύτερα ποσά για την περίθαλψη του.

(B) Η πρόοδος της επιστήμης. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, βελτίωσε σε μεγάλο βαθμό τις ιατρικές πρακτικές και την υγεία των ασθενών, αυξάνοντας κατακόρυφα το κόστος της υγειονομικής δαπάνης.

(Γ) Ο τομέας του φαρμάκου. Οι φαρμακευτικές εταιρείες και τα ερευνητικά κέντρα δαπανούν δισεκατομμύρια ευρώ κάθε έτος για την έρευνα και την ανάπτυξη νέων φαρμάκων για την

αντιμετώπιση των ασθενειών και τη βελτίωση του τρόπου ζωής των ανθρώπων, αυξάνοντας παράλληλα το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης.

3.1 Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Οι πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την μορφή τους.

A) Κρατικός προϋπολογισμός. Είναι η βασική πηγή χρηματοδότησης σε εθνικά συστήματα υγείας. Πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μορφής χρηματοδότησης είναι το μικρό διοικητικό κόστος, και το κόστος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων δεν λαμβάνεται υπόψη του και δίνει έμφαση στο αποτέλεσμα της περίθαλψης. Μειονεκτήματα του είναι το κόστος των ιατρικών πράξεων, δηλαδή δεν λαμβάνεται υπόψη το ποσό που κοστίζει για την συγκεκριμένη ιατρική παροχή ούτε από τον προμηθευτή ούτε από τον ασθενή (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση 1998).

B) Κοινωνική Ασφάλιση. Χρησιμοποιείται συνήθως από τον κρατικό προϋπολογισμό ως μέσο χρηματοδότησης ειδικά εάν η οικονομία βρίσκεται σε ύφεση και στασιμότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Εάν η οικονομία βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο ανταγωνιστικότητας τότε το εργοδοτικό και εργασιακό κόστος δεν μπορεί να αυξηθεί λόγω της αδυναμίας των φορέων να ανταποκριθούν στις αυξημένες ασφαλιστικές εισφορές. (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, 1998).

Γ) Ιδιωτική Ασφάλιση. Είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Η υγεία θεωρείται ένα αγαθό εμπορεύσιμο που λειτουργεί πλήρως ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά. Οι τιμές και οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσαρμόζονται ανάλογα με τον ανταγωνισμό. Η συγκεκριμένη πηγή χρηματοδότησης συναντάται έντονα στις Η.Π.Α. κι έπεται η Κοινωνική Ασφάλιση. Πρέπει να επισημάνουμε ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, 1998).

3.2 Μέθοδοι χρηματοδότησης της ανοικτής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης αφορούν τον τρόπο αμοιβής των γιατρών καθώς και τον τρόπο πληρωμής για την απόκτηση φαρμακευτικών αγαθών. Η διάκριση των μεθόδων αυτών γίνεται με βάση την αμοιβή και ονομάζονται κλασικές (Σούλης, Οικονομική της Υγείας 1998) και είναι οι ακόλουθες:

- 1) Αμοιβή κατά πράξη (fee for services)
- 2) Αμοιβή με μισθό (salary)
- 3) Αμοιβή κατά κεφαλή (capitation payment)

3.2.1 Αμοιβή κατά πράξη

Όσον αφορά την πρώτη μορφή (αμοιβή κατά πράξη) αυτή προβλέπει δύο τεχνικές πληρωμής

- Την αποζημίωση με τιμές αγοράς και
- την αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές

Η **αποζημίωση με τιμές αγοράς** αφορά την τιμή που καταβάλλει ο ασθενής, η οποία διαμορφώνεται από τους γιατρούς, με βάση τη προσφορά και τη ζήτηση. Μπορεί αυτή η μορφή εκ πρώτης όψεως να φαίνεται ιδανική καθώς υπάρχει η δυνατότητα επιλογής γιατρού και της διαπροσωπικής σχέσης, εντούτοις ένα σοβαρό μειονέκτημα αποτελεί ο κίνδυνος της συνεχούς αύξησης του κόστους.

Η **αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές** αφορά στη διαπραγμάτευση μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών και των γιατρών για μια σειρά ιατρικών πράξεων, και καθορίζεται ένας κατάλογος τιμών σύμφωνα με τον οποίο αποζημιώνονται κάθε φορά οι προμηθευτές. Και σε αυτή τη μέθοδο παρατηρούνται τα θετικά της παραπάνω μεθόδου με τη μόνη διαφορά ότι εδώ το κόστος συγκρατείται, δεν αυξάνεται, κάτι που την καθιστά πιο αξιόπιστη από τις δύο.

3.2.2 Αμοιβή με μισθό

Στην δεύτερη μορφή χρηματοδότησης συναντάμε την αμοιβή με μισθό (salary). Η αμοιβή με πάγιο μισθό, εμφανίζεται όταν ο γιατρός αμείβεται με πάγια αντιμισθία για τις προσφερόμενες υπηρεσίες του για συγκεκριμένο ωράριο, συνήθως σε δημόσιους και δημοτικούς οργανισμούς, όπως αγροτικά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων κλπ. Η μορφή απασχόλησης μπορεί να είναι είτε σύμβαση μισθωτής εργασίας, εξαρτημένης, πλήρους ή μερικής απασχόλησης, αορίστου ή ορισμένου χρόνου είτε με σύμβαση ανάθεσης ιδιωτικού έργου.

Πλεονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ο έλεγχος των δαπανών των ιατρικών πράξεων δεδομένου ότι δεν προκαλείται αύξηση της ζήτησης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία αυτής της μεθόδου είναι η ύπαρξη ενός καλά επικεντρωμένου στην διοικητική και οργανωτική διαδικασία συστήματος προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τα συνηθέστερα μειονεκτήματα που εμφανίζονται αφορούν στη δυσκολία εξυπηρέτησης των συμβεβλημένων καταναλωτών ή των ασφαλισμένων, εξ' αιτίας της μειωμένης απόδοσης των ιατρών, οι οποίοι με τη σειρά τους αποβλέπουν κατά κύριο λόγο στην αύξηση της ζήτησης του ιδιωτικού τους ιατρείου εις βάρος του φορέα που τους απασχολεί. Ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί το επιτυγχάνουν αυτό είναι με την δυσκολίες που εφευρίσκουν για την δυσκολία της εξέτασης, λόγω έλλειψης ιατρικών μηχανημάτων στον συγκεκριμένο χώρο ή με την αδυναμία ενδεδειγμένης εξέτασης λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας.

3.2.3 Αμοιβή κατά κεφαλή

Η τρίτη μορφή αναφέρεται στην αμοιβή κατά κεφαλή (per capita). Με τη συγκεκριμένη μέθοδο, θέτονται στο συμβεβλημένο ιατρό ανώτατα όρια, ως προς τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων ή πράξεων που είναι υποχρεωμένος να διενεργεί κάθε μήνα. Ο αριθμός αυτός διαφέρει ανάλογα την ειδικότητα και το είδος των ιατρικών πράξεων. Σε κάποιες περιπτώσεις εξαρτάται και από την γεωγραφική θέση που ασκεί την δραστηριότητα του. Ο τρόπος αμοιβής και εξόφλησης του γιατρού συμφωνείται εκ των προτέρων με τον ασφαλιστικό οργανισμό με συμβάσεις που έχουν υπογραφεί, και δεν λαμβάνει αμοιβή από τους ασφαλισμένους ανεξαρτήτως από τον αριθμό των επισκέψεων που λαμβάνουν χώρα μέσα στον μήνα.

Πλεονέκτημα της συγκεκριμένης μορφής είναι η ελεύθερη επιλογή του ασφαλισμένου για τον γιατρό που θα επιλέξει καθώς και ο έλεγχος ανά έτος που πραγματοποιεί ο

ασφαλιστικός φορέας για την αξιολόγηση του κάθε ιατρού. Σε περίπτωση μη ικανοποίησης από την συνεργασία με τον ιατρό η σύμβαση του δεν ανανεώνεται την επόμενη χρονιά. Από την πλευρά του ιατρού, σημαντική θεωρείται η αυτονομία που νιώθει για τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος του και η υπευθυνότητα για την στελέχωση και εύρυθμη λειτουργία του ιατρείου του. Το σύστημα αυτό δεν δημιουργεί αυξημένες δαπάνες και περιορίζονται οι άσκοπες επισκέψεις των ασθενών. (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση 1998).

3.3 Μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ.

Οι μέθοδοι χρηματοδοτήσεις της νοσοκομειακής περίθαλψης αφορούν κυρίως τις δαπάνες των νοσοκομείων που απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών. Με βάση τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), περίπου το 60% της χρηματοδότησης, αντιστοιχεί στο σύνολο της κρατικής δαπάνης για την υγεία. Στην χώρα μας αυτό το ποσό έχει ιδιαίτερη σημασία διότι εξαρτάται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό του έτους, που χρηματοδοτείται από τους φόρους και τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών. Έτσι, διακρίνουμε δύο χρηματοδοτικά εργαλεία. Το πρώτο εργαλείο, είναι η εκ των υστέρων-αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών που αυξάνει τις νοσοκομειακές εκροές. Το δεύτερο εργαλείο είναι η εκ των προτέρων αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών που συναντάται σε οργανωμένα συστήματα υγείας και γίνεται πρόβλεψη στις αρχές του έτους για το συνολικό ποσό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Το δεύτερο εργαλείο είναι πιο σύγχρονο και εφαρμόζεται σε συστήματα υγείας που δίνουν έμφαση στην οργανωτική και διοικητική λειτουργία των νοσοκομείων. (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας εκδόσεις Παπαζήση 1998)

3.3.1 Κλασσική μέθοδος

Κλασσική μέθοδος χρηματοδότησης- αποζημίωσης διακρίνεται σε

- A) Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο
- B) Το ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο
- Γ) Το ανοιχτό νοσήλιο
- Δ) Πληρωμή κατά πράξη

3.3.1.1 Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο

Αποτελείται από ένα σταθερό ποσό που δίνεται για κάθε μέρα νοσηλείας και ορίζεται εκ των προτέρων με βάση την ποσοστιαία αύξηση με τα νοσοκομεία και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Δεν μεταβάλλεται και δεν αυξομειώνεται από την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών πράξεων. Στην τιμή περιλαμβάνεται η σίτιση, ο ιματισμός, η

φαρμακευτική δαπάνη, νοσηλευτική φροντίδα, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, η διαμονή του ασθενούς, ενώ οι εγχειρίσεις και οι ναρκώσεις ορίζονται βάση ορισμένου τιμολογίου. Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο δεν αποτελεί έναν ενδεδειγμένο τρόπο χρηματοδότησης, διότι δημιουργεί πληθωριστικές τάσεις, και προκειμένου να ισοσκελιστούν τα έσοδα με τα έξοδα πρέπει να αυξηθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών. Δεν υπάρχει κίνητρο στην διοίκηση του νοσοκομείου να βρεθεί κάποιος τρόπος μείωσης των δαπανών κι έτσι το κόστος από τον κρατικό προϋπολογισμό αυξάνεται δραματικά.

3.3.1.2 Το ευλύγιστο ή σπαστό ημερήσιο νοσήλιο

Συναντάται όπως και το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο με την διαφορά ότι αλλάζει ανάλογα την ιατρική ειδικότητα και το είδος της ιατρικής πράξης.

3.3.1.3 Το ανοιχτό νοσήλιο

Εμφανίζεται ως σταθερή και πάγια ημερήσια καταβολή στο νοσηλευτικό ίδρυμα και αφορά τα ποσά που δίνονται για τις ανάγκες συντήρησης και λειτουργίας του ξενοδοχειακού εξοπλισμού του νοσοκομείου καθώς και τον διοικητικών λειτουργιών του, και ένα μεταβλητό ποσό που εξαρτάται από το είδος των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων που διενεργούνται. Επομένως, όσο αυξάνονται οι ζητούμενες εξετάσεις από τους ιατρούς και νοσηλευτές τόσο αυξάνεται και η μεταβλητή δαπάνη του ανοιχτού νοσηλίου. Ο συγκεκριμένος τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομείων εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο στα δημόσια νοσοκομεία και στα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία υιοθετήθηκε η αποζημίωση κατά πράξη σε συνδυασμό με ενός είδους κλειστού νοσηλίου μόνο για τις ξενοδοχειακές προσφερόμενες υπηρεσίες.

3.3.1.4 Πληρωμή κατά πράξη

Με το συγκεκριμένο τρόπο που εφαρμόζεται όπως αναφέρθηκε προηγουμένως κυρίως στις ιδιωτικές κλινικές, οι ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι ασθενείς πληρώνουν την κλινική όχι με ένα προκαθορισμένο ποσό αλλά με ένα λογιστικό σύστημα καταγραφής όπου τιμολογείται ξεχωριστά κάθε προσφερόμενη ιατρική και νοσηλευτική πράξη. Προκειμένου να αυξηθούν τα προσδοκώμενα έσοδα για την ιατρική μονάδα αυξάνουν κατακόρυφα τις υπηρεσίες που παρέχουν δημιουργώντας έτσι πληθωριστικές τάσεις.

3.3.2 Σύγχρονη μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων

Σε αντίθεση με την κλασική μέθοδο των τεχνικών αποζημιώσεων και της πληρωμής των νοσηλευτικών υπηρεσιών, δεν κατέστη εφικτό να ελεγχθούν οι δαπάνες για την υγεία. Ο λόγος που δεν είναι αυτό δυνατό, είναι η έλλειψη ενός σύγχρονου οργανωτικού και ελεγκτικού συστήματος από την δημόσια διοίκηση. Επομένως, αναζητήθηκαν νέοι τρόποι για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Σημαντικότερες τεχνικές χρηματοδότησης αυτής της μεθόδου είναι οι εξής:

- A) Ο σφαιρικός προϋπολογισμός
- B) Οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες

3.3.2.1 Ο σφαιρικός προϋπολογισμός

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός διακρίνεται ως ένα σύγχρονο χρηματοδοτικό σύστημα που συναντάται στην Γαλλία και πλέον σε πολλές χώρες τις κεντρικής Ευρώπης. Βάσει αυτού του μηχανισμού καταρτίζεται ένας ετήσιος συνολικός προϋπολογισμός λαμβάνοντας υπ' όψιν τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς, το πληθωρισμό και το διαθέσιμο εισόδημα κατά κεφαλήν, και τέλος τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου. Συνήθως συντάσσεται με την συνεργασία πολλών τμημάτων της ιατρικής μονάδας για τον πλουραλισμό και την ανάπτυξη συνυπευθυνότητας καθώς και την αποφυγή οργανωτικής δομής και υιοθέτησης από όλα τα μέλη της νοσοκομειακής κοινότητας μιας νέας διαχειριστικής νοοτροπίας. Ο προϋπολογισμός συμφωνείται έπειτα από διαπραγμάτευση μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου, των ασφαλιστικών ταμείων και της κεντρικής διοίκησης. Η αδυναμία αναθεώρησης του θεωρείται περισσότερο ένα πλεονέκτημα παρά μια αδυναμία διότι ο έλεγχος των δαπανών είναι κύριο μέλημα της διαχείρισης του νοσοκομείου προκειμένου να αυξηθούν τα κέρδη με βάση την μείωση των λειτουργικών εξόδων.

3.3.2.2 Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες

Ο συγκεκριμένος τρόπος χρηματοδότησης εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. και συναντάται με την ονομασία FETTER (Diagnosis Related Groups) ή ως σύστημα «Διαγνωσμένων ομάδων θεραπείας». Αναλυτικότερα, με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, αξιολογείται η κατάσταση της υγείας του και προσδιορίζεται με βάση αυτήν ένα προϋπολογισμένο κόστος.

Το ποσό αυτό δίνεται από τον ασφαλιστικό φορέα στο νοσοκομείο διακριτά για το κάθε ασθενή. Την ονομασία του την πήρε από τον καθηγητή FETTER κύριο γνώρισμα της είναι η προ-κοστολόγηση των ιατρικών και εργαστηριακών πράξεων ανάλογα με την κατηγορία που ανήκει ο κάθε ασθενής. Αναφέρονται διακριτά 23 κατηγορίες διαγνωστικές και 467 υποδιαίρεσεις αυτών προκειμένου να υπάρχει έλεγχος κόστους.

Με την μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται μείωση της διάρκειας νοσηλείας και κυρίως μείωση του κόστους από την περικοπή περιττών εξετάσεων.

Η συνολική αμοιβή-κόστος σχετίζεται με τους παρακάτω παράγοντες:

- A) Την αρχική διάγνωση
- B) Τις δευτερεύουσες διαγνώσεις
- Γ) Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς
- Δ) Την ηλικία του ασθενούς
- E) Το φύλο του ασθενούς
- ΣΤ) Την αιτία εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ο έλεγχος του κόστους, δεδομένου ότι η αμοιβή του νοσοκομείου συνδέεται με το αποτέλεσμα και όχι με την διάρκεια νοσηλείας. Βασικότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής, είναι η λάθος εξ' αρχής κατάταξη των ασθενών σε κατηγορίες ανάλογα με τις παθήσεις τους που θα οδηγήσουν σε υψηλότερου κόστους διαγνωστικές εξετάσεις.

3.3.3 Κριτήρια διάκρισης συστημάτων υγείας που είναι αποδεκτά από τον Ο.Ο.Σ.Α.

Τα κριτήρια διάκρισης συστημάτων υγείας που είναι αποδεκτά από τον Ο.Ο.Σ.Α. έχουν ως ακολούθως:

- A) Η πηγή χρηματοδότησης
- B) Η μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας
- Γ) Η κρατική παρέμβαση

Ως προς την πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, αναφέρεται στην προέλευση των χρημάτων όπου μπορεί να προέρχονται:

- A) Τον δημόσιο τομέα
- B) Τον ιδιωτικό τομέα
- Γ) Ιδιωτική πρωτοβουλία

3.3.3.1 Ο δημόσιος τομέας

Ο δημόσιος τομέας αναφέρεται κυρίως στον κρατικό προϋπολογισμό που χρηματοδοτείται από την φορολογική πολιτική που ασκεί η εκάστοτε κυβέρνηση. Σε περιόδους κρίσης, ο κρατικός προϋπολογισμός έχει ελάχιστες δυνατότητες, δεδομένου της χαμηλής δυνατότητας είσπραξης φόρων και τελών από τους πολίτες.

3.3.3.2 Ο ιδιωτικός τομέας

Ο ιδιωτικός τομέας αναφέρεται στις επιχειρήσεις και στους εργαζομένους που με τις ασφαλιστικές τους εισφορές καλύπτουν ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και παροχές σε είδος.

3.3.3.3 Η ιδιωτική πρωτοβουλία

Η ιδιωτική πρωτοβουλία συναντάται σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης και της Αμερικής, δηλαδή σε φιλελεύθερες οικονομίες, που δίνουν βαρύτητα στην αποδέσμευση της κρατικής παρέμβασης στα συστήματα υγείας. Ουσιαστικά, ο κάθε πολίτης επιλέγει το πρόγραμμα υγείας, το οποίο καλύπτει τις ανάγκες με βάση την διαθεσιμότητα του εισοδήματός του, από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, και έχει τις ανάλογες παροχές σε περίπτωση ασθένειας.

3.4 Δείκτες ψυχικής υγείας (Οικονόμου Αθηνά Διδακτορική διατριβή 2008)

Στις μέρες μας, η ψυχική και συναισθηματική κατάσταση της υγείας του ατόμου έχει σταματήσει να αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα αποκλειστικά βιολογικών παραγόντων και κληρονομικής προδιάθεσης. Αντίθετα, η ψυχική και συναισθηματική υγεία θεωρείται ότι είναι συνάρτηση πολλών κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων, που απορρέουν από τον σύγχρονο τρόπο ζωής και (Υφαντόπουλος 2003). Παρόλα αυτά, η συστηματική εμπειρική διερεύνηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ της ατομικής κοινωνικό-οικονομικής θέσης και της ψυχικής υγείας ξεκίνησε πρόσφατα.

Οι ψυχολόγοι έχουν επανειλημμένα τονίσει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ψυχικής υγείας του ατόμου. Το Surgeon General (ΗΠΑ) ορίζει την πνευματική υγεία του ατόμου ως εξής: *«Η επιτυχημένη απόδοση των πνευματικών λειτουργιών του ατόμου, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ενασχόληση με παραγωγικές δραστηριότητες, και ανάπτυξη υγιών σχέσεων πληρότητας με άλλους ανθρώπους, αλλά και την ικανότητα προσαρμοστικότητας στις αλλαγές, και την δυνατότητα να αντεπεξέλθει το άτομο στις δυσκολίες της ζωής. Καθ όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου, η ισορροπημένη πνευματική υγεία αποτελεί το θεμέλιο των υγιών*

διανοητικών και επικοινωνιακών λειτουργιών του ατόμου, της μάθησης, της συναισθηματικής ωρίμανσης, της εξέλιξης της προσωπικότητας και της ανάπτυξης της αυτοεκτίμησης του».

Ο πιο γνωστός δείκτης ψυχικής υγείας σχετίζεται με την ύπαρξη ή μη ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους (Wamala και συν., 1997, Metcalfe και συν., 2003). Ωστόσο, υπάρχουν κι άλλοι ενδεικτικοί παράμετροι της ψυχικής κατάστασης, όπως η αυτοεκτίμηση του ατόμου αναφορικά με διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις που αυτό βιώνει, όπως η ψυχική πίεση, η δυνατότητα να απολαμβάνει της καθημερινές δραστηριότητες, ο τρόπος χειρισμού και αντιμετώπισης των δυσκολιών, η αυτοπεποίθηση του, και τα συμπτώματα κατάθλιψης (Θεοδοσίου 1998).

Οι Bosma και συν, το 1999, θεώρησαν πως η ψυχική υγεία προσδιορίζεται από έναν συνδυασμό χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου, από τις συμπεριφορές μίμησης και τους τρόπους χειρισμού των προβλημάτων που το άτομο αντιμετωπίζει.

Δείκτες της ψυχικής και συναισθηματικής καταστάσεις του ατόμου αποτελούν οι απαντήσεις σε ερωτήσεις που αποκαλύπτουν την κατάσταση της νοητικής λειτουργίας (π.χ. δυσκολία μνήμης και συγκεντρώσεις), της συναισθηματικής λειτουργίας (π.χ. συμπτώματα κατάθλιψης, απαισιοδοξίας) ακόμη και της κοινωνικής ένταξης. Άλλοι δείκτες ψυχικής υγείας εξετάζουν τις πεποιθήσεις των ατόμων ως προς την προσωπική τους συμβολή στην αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων (Fergie και συν., 1995). Ο Kivimaki και συν. το 2002 προσέγγισαν την ψυχική υγεία του δείγματός τους, με ερωτήσεις που αποκάλυπταν την ύπαρξη έντονης πίεσης στην εργασία και με ερωτήσεις που αφορούσαν τις απαιτήσεις της εργασίας αλλά και το βαθμό ανάληψης πρωτοβουλίας, αναφορικά με τον τρόπο εκπλήρωσης των εργασιακών τους υποχρεώσεων.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Νομοθετικό και Κανονιστικό πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

4.1 Αρχές και αξίες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Ο νόμος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (2716/99) ορίζει ότι *«οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής*

φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Αναλυτικότερα, οι αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι οι ακόλουθες (ΟΗΕ, 1991, ΠΟΥ, 2001):

- Κάθε άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει το δικαίωμα να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
- Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
- Ενδυνάμωση χρηστών των υπηρεσιών
- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία
- Συνέχεια της Φροντίδας
- Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
- Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ΑμΨΔ
- Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
- Συνεργασία με τους περιθάλποντες των ασθενών

Επιπρόσθετα, η ιδεολογία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Η παροχή αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας, με στόχο την μείωση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την πρόληψη ή μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών.
2. Η κατάργηση των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας.
3. Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό σε 24ωρη λειτουργία και η συμβατότητά τους με τις ανάγκες των ασθενών.
4. Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών όποτε αυτές είναι αναγκαίες.
5. Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.
6. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής σε κάθε επίπεδο.

7. Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και περιθαλπόντων τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.
8. Η κατά το δυνατόν παροχή αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, που προάγουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη επιλογή από τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους.
9. Ο συντονισμός μεταξύ του προσωπικού και των υπηρεσιών μεταξύ τους, δηλαδή η δημιουργία δικτύων συνεργαζομένων υπηρεσιών.
10. Η λειτουργία πολυ-επαγγελματικών ομάδων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
11. Η ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εκπαίδευση, αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης – burn-out).
12. Η θέσπιση και η δημιουργία οργάνων σε τοπικό επίπεδο και η αναφορά τους στις ανώτερες υπηρεσίες (ΥΥΚΑ, Τ.Ε.Ψ.Υ., ΥΠε), όπως και η αξιολόγησή τους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), δηλαδή η δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με δυνατότητα αναθεωρήσεων με βάση τα αποτελέσματα διαδικασιών αξιολόγησης.

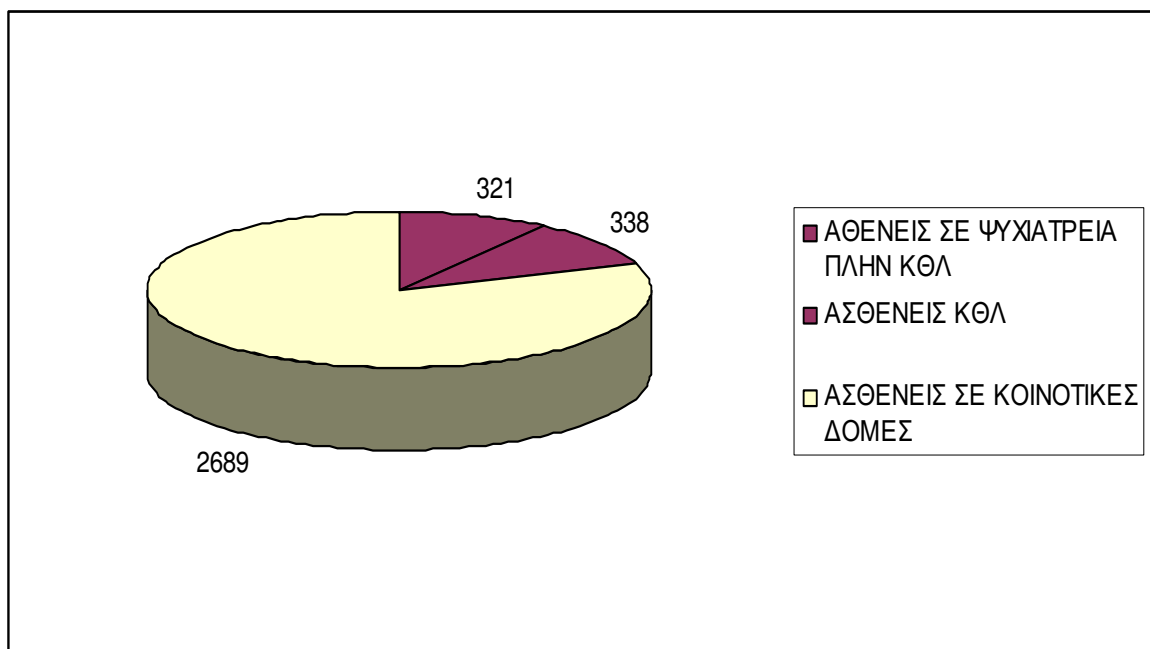
4.2 Αποτίμηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς Β΄

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργώς αναπτύχθηκε σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά στη συνέχιση της αποασυλοποίησης, ενώ ο δεύτερος στη δημιουργία μονάδων ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Τα έτη 2001-2009 στο πλαίσιο της υλοποίησης της Β φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώ» συντελέστηκε η κατάργηση 4 από τα 9 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (ΨΝ). Τα ασυλικά τμήματα του ΨΝ Πέτρας Ολύμπου καταργήθηκαν τον Ιανουάριο του 2005, του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων το Φεβρουάριο του 2006, του ΨΝ Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006, του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής το Σεπτέμβριο του 2007. Παράλληλα, μειώθηκε δραστικά ο αριθμός των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στα εναπομείναντα ΨΝ, ήτοι στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής- Δρομοκαϊτειο, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο ΨΝ Τρίπολης και σε μικρότερο βαθμό στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου όπου οι νοσηλευόμενοι ασθενείς είναι κυρίως ψυχογηριατρικά περιστατικά λόγω της απαγόρευσης νέων εισαγωγών από περιοχές άλλες πλην του νομού Δωδεκανήσου.

Ως συνέπεια του προγράμματος αποασυλοποίησης οι ψυχικά νοσούντες που διαβιούν σε 452 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΜΨΑ) ανέρχονταν το 2009 σε 2689 (2002: 1289 ασθενείς σε 146 ΜΨΑ), ενώ αντίστοιχα οι ασθενείς μακράς διαμονής που νοσηλεύονται στα ΨΝ είναι λιγότεροι από 2000. Οι μονάδες αυτές έχουν διασπαρθεί σε όλη την επικράτεια με αποτέλεσμα τη λειτουργία στεγαστικών δομών σε όλες τις περιφέρειες της χώρας και σε 37 νομούς της χώρας. Οι ΜΨΑ αυτές είναι δυνητικοί χώροι διαβίωσης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές από την κοινότητα ώστε να αποτραπεί η ιδρυματοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους.

Η κατανομή των ασθενών μακράς διαμονής σε ασυλικές και κοινοτικές δομές ως συνέπεια της αποασυλοποίησης αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα:



Διάγραμμα 4.2

Η προοπτική ανάπτυξης των ΜΨΑ εντός του οικιστικού ιστού των πόλεων επέφερε σε πολλές περιπτώσεις τις αντιδράσεις των περιοίκων και της τοπικής κοινότητας. Ωστόσο, οι αντιδράσεις αυτές δεν οδήγησαν στη ματαίωση της λειτουργίας των ΜΨΑ, ενώ βαθμιαία σημειώθηκε μεταστροφή της τοπικής κοινότητας η οποία πλέον διάκειται θετικά στις νέες δομές.

Ως συνέπεια της εφαρμογής του προγράμματος αποασυλοποίησης, ασθενείς που λαθροβιούσαν για μακρό χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν μεταστεγαστεί σε ΜΨΑ εντός του αστικού ιστού σε πόλεις όλης της επικράτειας με κριτήριο τον τόπο καταγωγής τους και την ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Κατά τη νοσηλεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία οφείλονται στην αύξηση των εισαγωγών σε νοσηλευτικές δομές και στην αποφυγή του ισόβιου εγκλεισμού των ψυχικά ασθενών στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, η οποία επιφέρει πολλαπλές εισαγωγές λόγω της υποτροπής της νόσου σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η αύξηση των εισαγωγών επιβαρύνει ιδιαίτερα τις νοσηλευτικές δομές των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της όξυνσης των εισαγωγών έχουν επεκταθεί και ενισχυθεί οι προσφερόμενες υπηρεσίες με την ανάπτυξη νέων δομών και την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού. Παρά την επέκταση των κοινοτικών νοσηλευτικών δομών, οι περισσότερες εισαγωγές ασθενών εξακολουθούν να λαμβάνουν χώρα στα 3 μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ενώ ένα μεγάλο μέρος των νέων δομών δεν καλύπτει ακούσια περιστατικά.

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (2007), οι ακούσιες εισαγωγές προσεγγίζουν τις 6000/έτος για το σύνολο των νοσηλευτικών δομών της χώρας, ήτοι 53.8/100.000 κατοίκους.

Στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα, αντίστοιχα, έχει σημειωθεί μεγαλύτερη πρόοδος με τη λειτουργία 40 Κέντρων Ψυχικής Υγείας. Επίσης, το κοινοτικό δίκτυο ενισχύθηκε ιδιαίτερα με τη λειτουργία των Κέντρων Ημέρας και των Κινητών Μονάδων, δομές οι οποίες αποτελούν τους αποκλειστικούς ή κύριους φορείς παροχής υπηρεσιών σε 11 νομούς της χώρας. Η έμφαση που δόθηκε στην ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών οφείλεται αφενός στη δυστοκία των δημόσιων φορέων παροχής ψυχικής υγείας λόγω των χρονοβόρων διαδικασιών ανάπτυξης υποδομών και στελέχωσής τους και αφετέρου στην ευελιξία των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ήταν οι φορείς υλοποίησης των δράσεων αυτών.

Ως αποτέλεσμα αυτής της μεγέθυνσης του δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών, μόνο 5 από τους 52 νομούς της χώρας δεν έχουν κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ με την ολοκλήρωση του Ε.Π. Υγεία-Πρόνοια το ήμισυ των νομών της χώρας θα διαθέτουν ένα ικανοποιητικό δίκτυο υπηρεσιών. Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών θα λειτουργήσει ως φίλτρο για την ανασχεση της ιδρυματικής περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και θα διασφαλίσει την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων. Αποστολή των υπηρεσιών αυτών είναι η έγκαιρη παρακολούθηση και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων σε υπηρεσίες οι οποίες είναι πλησίον της οικίας τους, η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των νοσηλευθέντων ασθενών ώστε να προληφθεί η υποτροπή της νόσου και η προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

4.3 Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα
Το δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών έχει ως εξής:

4.3.1 Δημόσιος Τομέας

- ♦ 33 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων
- ♦ 13 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα
- ♦ 39 Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- ♦ 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- ♦ 13 Κέντρα Ημέρας
- ♦ 5 Νοσοκομεία Ημέρας
- ♦ 12 Κινητές Μονάδες
- ♦ 2 Μονάδες κατ' οίκον φροντίδας
- ♦ 36 Οικοτροφεία
- ♦ 78 Ξενώνες
- ♦ 198 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- ♦ 15 Κοι.Σ.Π.Ε.
- ♦ Παροχή υπηρεσιών Ψ.Υ. από Κ.Υ. των 1^{ης}, 3^{ης}, 5^{ης} & 6^{ης} ΥΠΕ

4.3.2 ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

- ♦ 1 Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- ♦ 1 Νοσοκομείο Ημέρας
- ♦ 52 Κέντρα Ημέρας
- ♦ 13 Κινητές Μονάδες
- ♦ 89 Οικοτροφεία
- ♦ 19 Ξενώνες
- ♦ 32 Προστατευμένα Διαμερίσματα
- ♦ 4 Κέντρα Αλτσχάιμερ και αυτισμού
- ♦ 4 Εργαστήρια

Στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του εθνικού προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩ» έχουν αναπτυχθεί κοινοτικές παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες στοχεύουν αφενός στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και αφετέρου στη

διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και στη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Αναλυτικότερα, στον εξωνοσοκομειακό-κοινοτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί 11 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και 27 Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέχουν και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργούν Κινητές Μονάδες σε απομονωμένες περιοχές για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους.

Στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, κυρίαρχη θέση κατείχε το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το οποίο λειτουργούσε Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών για παιδιά και εφήβους. Η βαθμιαία μετατόπιση προς ένα κοινοτικό μοντέλο περίθαλψης καταδεικνύεται από τη λειτουργία 8 Παιδοψυχιατρικών τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία σε 5 νομούς της χώρας. Η πλήρης κατάργηση του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου έχει συντελεστεί το τρέχον έτος με τη μεταφορά 4 Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων από το ψυχιατρείο σε ισάριθμα Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής.

Στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και στέγασης των παιδιών και εφήβων έχει ολοκληρωθεί η κατάργηση των ασυλικών εγκαταστάσεων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής με τη μεταφορά των πασχόντων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Επίσης, δημιουργήθηκαν ξενώνες στην Αττική για εφήβους με ψυχικές διαταραχές (1) και για παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων (1).

Οι εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης απαρτίζονται από 14 Κέντρα Ημέρας σε πέντε νομούς της χώρας για άτομα που πάσχουν από αυτισμό. Στον τομέα της τριτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν 3 ξενώνες στους νομούς Αττικής, Ιωαννίνων και Λαρίσης και 1 οικοτροφείο για παιδιά-εφήβους με αυτισμό στην Αττική.

Όσον αφορά στη γεροντική άνοια και στις ασθένειες τύπου Alzheimer, τα έτη 2001-9 αναπτύχθηκαν επτά (7) Κέντρα Ημέρας σε 5 νομούς της χώρας με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και 3 Οικοτροφεία. Επίσης, έχουν λειτουργήσει 33 οικοτροφεία που φιλοξενούν ψυχογηριατρικά περιστατικά από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας στο πλαίσιο του προγράμματος της αποασυλοποίησης. Στόχος των οικοτροφείων είναι η διασφάλιση της παραμονής των ατόμων στην κοινότητα και η συνέχιση των σχέσεων με τη ζωή και τη δράση της τοπικής κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς με πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαδέλφεια». Οι μονάδες αυτές αποσκοπούν στο να προετοιμάζουν τις υπόλοιπες υπηρεσίες ώστε να δεχτούν τα άτομα αυτά ενώ παράλληλα υποστηρίζουν το προσωπικό και τους ενοίκους των δομών φιλοξενίας να τα

υποδεχτούν και να σεβαστούν τα δικαιώματά τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν από ένα Κέντρο Ημέρας για μουσουλμάνους και για Ρομ στο νομό Αττικής. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί 1 Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας και δύο Κέντρα Ημέρας για μετανάστες με ψυχικές διαταραχές στο νομό Αττικής.

Επιπλέον, λειτουργεί Κέντρο Ημέρας και ξενώνας βραχείας φιλοξενίας στο νομό Αττικής για την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε άστεγους. Η δομή αυτή αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους και την προώθηση της σταδιακής κοινωνικής τους επανένταξης. Ο χάρτης των υπηρεσιών πλαισιώνεται, επίσης, από εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας για άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται με τη μητρότητα (επιλόχεια κατάθλιψη).

4.4 Ένταξη των ψυχικά πασχόντων στην αγορά εργασίας

Θεσμικός πυλώνας της μεταρρύθμισης που αφορά την εργασιακή ένταξη των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτέλεσε ο Ν. 2716/99, ο οποίος θεσμοθετεί τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ). Αφορμή για τη μεταρρύθμιση αποτέλεσε η ανάγκη υπέρβασης των στρεβλώσεων που χαρακτήριζαν τις προστατευμένες μορφές απασχόλησης μέχρι τότε (πρακτικές απασχολησιοθεραπείας) και η ανάγκη πρόταξης της οικονομικής βιωσιμότητας, της εισαγωγής επιχειρηματικής τεχνογνωσίας, της διασφάλισης των εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων των απασχολούμενων, της ευρείας συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών και της εισαγωγής καινοτόμων αντικειμένων απασχόλησης

Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 2716/99, οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙΣΠΕ) είναι παραγωγικές, εμπορικές και κοινωνικές μονάδες οι οποίες αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα και συνιστούν μια μορφή απασχόλησης που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και εποπτεία των απασχολούμενων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι ΚΟΙΣΠΕ είναι ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έως τώρα έχουν αναπτυχθεί 15 ΚΟΙΣΠΕ και ο συνολικός αριθμός των εργαζόμενων ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχει ανέλθει σε 270 άτομα περίπου.

Συμπερασματικά, ο κοινοτικός αναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής περίθαλψης έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία έτη με την ανάπτυξη ενός ικανοποιητικού αλλά όχι επαρκούς δικτύου υπηρεσιών και με τη βαθμιαία κατάργηση των ασύλων.

4.5 Σύμφωνο Spidla-Αβραμόπουλου

Η ασυνέχεια στη χρηματοδότηση των κοινοτικών δράσεων ψυχικής υγείας και η αβελτηρία στην υλοποίηση του προγράμματος Β Ψυχαργός είχε ως συνέπεια την παρέμβαση της ΕΕ, η οποία οδήγησε στη σύναψη Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης. Το Σύμφωνο Spidla περιλάμβανε συμφωνημένα σημεία στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από μέρους της τελευταίας, και Οδικό Χάρτη υλοποίησής τους. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν αναγκαίες προκειμένου να προχωρήσει το επόμενο πρόγραμμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που υλοποιείται από το πρόγραμμα ΕΣΠΑ.

Τα κύρια σημεία του Συμφώνου είναι τα παρακάτω:

1. Η προσήλωση τόσο της Ε.Ε., όσο και των Ελληνικών αρχών στη φιλοσοφία, στις αρχές και στους στόχους του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και στη συνέχισή του μέσω του Άξονα Προτεραιότητας 5 του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013» (ΕΠΑΝΑΔ).
2. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης μέσω ΕΣΠΑ 2007-2013.
3. Η αξιολόγηση του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» από Ομάδα Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομώνων.
4. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών με εξασφαλίσουν την πλήρη στελέχωση των δομών που δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και να προγραμματίσουν έγκαιρα τη στελέχωση των νέων δομών που πρόκειται να δημιουργηθούν. Έως το τέλος του 2009 έπρεπε να έχουν προσληφθεί 100 ιατροί (ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι) και 800 λοιποί επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
5. Η προώθηση, έως 30/6/2009, εκ μέρους των Ελληνικών αρχών της πιστοποίησης και της έκδοσης των αδειών λειτουργίας των ψυχιατρικών δομών των ΜΚΟ, όπως και η σύναψη συμφώνων μεταξύ του ΥΥΚΑ και των ΜΚΟ που θα επικυρώνουν την εκχώρηση και τους όρους προσφοράς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκ μέρους τους (ποιοτικά πρότυπα, στοιχεία κοστολόγησης, κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και οικονομικού ελέγχου).
6. Η σε μόνιμη βάση επίλυση των προβλημάτων τακτικής χρηματοδότησης των ΜΚΟ.

7. Η εκ μέρους των Ελληνικών αρχών ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλισης της ομαλής λειτουργίας των ΚοιΣΠΕ.
8. Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ανάπτυξη μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών που θα παρέχει τη δυνατότητα της συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ως συνέπεια του Συμφώνου, το Υπουργείο Υγείας υποχρεούται να εναρμονίσει τη στρατηγική του με τα σημεία που περιέχονται σε αυτό και να υποβάλει σε τακτά χρονικά διαστήματα εκθέσεις για την πρόοδο που σημειώνεται στην υλοποίησή τους.

4.6 ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ Laszlo Andor -Λυκουρέντζου

Με το ανωτέρω μνημόνιο συνεργασίας έπεται από την προηγούμενη σύμβαση του Σύμφωνο Spidla-Αβραμόπουλου για την ομαλή χρηματοδότηση και συνεχίσει της λειτουργίας των μονάδων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, και ανανεώνει την προσήλωση του στην φιλοσοφία στις αρχές και στους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως εκφράζονται στο εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργώς. Το συγκεκριμένο μνημόνιο συνεργασίας υπογράφηκε τον Ιούλιο του 2013 με αναδρομικότητα από 1/11/2012 και λήξει στις 31/12/2015. Με το παρόν μνημόνιο συνεργασίας το Υπουργείο Υγείας δεσμεύεται να προωθήσει της μεταρρύθμισης που αναφέρονται σε αυτό εντός των προθεσμιών που έχουν τεθεί εξ αρχής, και να καταστήσει βιώσιμο το νέο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έως τις 31/12/2015. Η δέσμευση αυτή θα υλοποιηθεί αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο όλες τις προγραμματισμένες παρεμβάσεις του τομέα της ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο των Προγραμμάτων του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Αναφοράς 2007-2013, καθώς και τα πορίσματα των εκθέσεων του Ανεξάρτητου Αξιολογητή.

Οι δεσμεύσεις του Υπουργείου Υγείας αναλύονται ως εξής:

A) Την πιστοποίηση και την έκδοση αδειών λειτουργίας για το σύνολο των δομών ψυχικής υγείας των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου μέχρι τις 31/12/2013. Από την 1/1/2014 η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα γίνεται αποκλειστικά από πιστοποιημένες και άδειοδοτημένες μονάδες ψυχικής υγείας.

B) Η κοστολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα γίνεται με βάση το κόστος ανά ωφελούμενο και τον τύπο της μονάδας. Η διαδικασία θα είναι δυναμική και θα προσαρμόζεται στις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες.

Γ) Τη σύναψη συμφώνων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και όλων των εμπλεκόμενων φορέων που θα επικυρώνουν την εκχώρηση και τους όρους προσφοράς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκ μέρους τους.

Τα σχετικά σύμφωνα θα πρέπει να περιλαμβάνουν κατ' ελάχιστον:

- ποιοτικά πρότυπα για τις προσφερόμενες υπηρεσίες,
- αποζημίωση βάσει των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά ωφελούμενο και τύπο μονάδας (η διαδικασία θα είναι δυναμική και θα προσαρμόζεται στις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες),
- κριτήρια και διαδικασίες παρακολούθησης, αξιολόγησης και ελέγχου.

Δ) Στελέχωση και υποστήριξη με όλα τα αναγκαία μέσα και χρηματοδοτήσεις των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας ώστε να καταστεί δυνατή η άμεση και πλήρης λειτουργία τους.

Ε) Ο σχεδιασμός του πλαισίου οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος σε κεντρικό, περιφερειακό, τομεακό και τοπικό επίπεδο. Καθώς και την ανάπτυξη της δικτύωσης των υπηρεσιών με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στις επακόλουθες παραπομπές των ψυχικά ασθενών στο κατάλληλο επίπεδο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στ) Ανάπτυξη, στήριξη και εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης.

Μέχρι την ολοκλήρωση τους σχεδίου δράσης για την προώθηση της μεταρρύθμισης του τομέα ψυχικής υγείας, συνεχίζεται η χρηματοδότηση των νέων μονάδων ψυχικής υγείας που λειτουργούν τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, καθώς τα αμιγώς ψυχιατρικά νοσοκομεία καταργούνται.

Εξαιτίας της δημοσιονομικής κρίσης που έπληξε την Ελλάδα το 2009, υπήρξαν προβλήματα χρηματοδότησης των φορέων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στους οποίους έχει εκχωρηθεί η λειτουργία μονάδων ψυχικής υγείας. Επιβάλλεται συνεπώς, η τακτική και επαρκής χρηματοδότηση των δομών αυτών έως την ολοκλήρωση της υλοποίησης του Σχεδίου Δράσης για την προώθηση της μεταρρύθμισης του τομέα της ψυχικής υγείας την 31.12.2015, καθώς και η εξεύρεση ενός οριστικού και μόνιμου τρόπου χρηματοδότησής τους από 1.1.2016. Σε αυτό το πλαίσιο, το Υπουργείο Υγείας δεσμεύεται να προωθήσει τη θεσμοθέτηση έως τις 30.06.2015 ενός σταθερού συστήματος χρηματοδότησης των δομών, το οποίο δε θα απαιτεί τη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) ή άλλων Ταμείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το οποίο θα βασίζεται στην κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα προηγούμενα σημεία, διασφαλίζοντας παράλληλα την ποιότητα και αποτελεσματικότητά τους.

Το νέο σύστημα θα πρέπει να σέβεται τις ευρωπαϊκές αρχές και τους ευρωπαϊκούς κανονισμούς. Το νέο σταθερό σύστημα χρηματοδότησης των μονάδων ψυχικής υγείας μη

κερδοσκοπικού χαρακτήρα, θα διασφαλιστεί με μίγμα χρηματοδότησης από τον τακτικό προϋπολογισμό, τον ΕΟΠΥΥ αλλά και από άλλες πιθανές εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης από διαφορετικές εθνικές πηγές.

Το προσωπικό των καταργηθέντων ψυχιατρικών νοσοκομείων θα στελεχώσει τις μονάδες ψυχικής υγείας που λειτουργούν τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου(ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων γενικών νοσοκομείων, κοινοτικές δομές κλπ).

Διαπιστώνεται η απόλυτη ανάγκη για την ανάπτυξη μιας επαρκούς μεθόδου συλλογής πληροφοριών που να παρέχει τη δυνατότητα μιας συστηματικής και δυναμικής παρακολούθησης της εφαρμογής του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τόσο όσον αφορά στις υποδομές, όσο και, κυρίως, στο λειτουργικό μέρος, στο προσωπικό και στους ωφελούμενους. Το Υπουργείο Υγείας δεσμεύεται να θέσει άμεσα 4 σε λειτουργία, εντός της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, ένα σύστημα παρακολούθησης, κατόπιν συνεργασίας και με τις υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, έτσι ώστε να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες πληροφόρησης και παρακολούθησης και των δύο μερών στο πλαίσιο της εταιρικής σχέσης.

Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας καθώς και η Ειδική Υπηρεσία (ΕΥΤΥΚΑ), στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, αναλαμβάνουν την ευθύνη υλοποίησης του παρόντος Μνημονίου Συνεργασίας και του Σχεδίου Δράσης για την προώθηση της μεταρρύθμισης του τομέα της ψυχικής υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να εξασφαλίζεται η διοικητική ικανότητα και των δύο υπηρεσιών για την ομαλή υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων.

4.7 Εξωτερική αξιολόγηση Προγράμματος Ψυχαργός

Το τρίτο σημείο του Συμφώνου Spidla αποτέλεσε η ανάγκη αξιολόγησης των μέχρι τότε δράσεων, από ξένους ειδικούς, η οποία και υλοποιήθηκε από ομάδα διεθνών εμπειρογνομόνων.

Η έκθεση, η οποία παραδόθηκε το 2010 επισημαίνει τα παρακάτω θετικά σημεία του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»:

- Σημαντική αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών στη κατεύθυνση ενός σύγχρονου μοντέλου κοινοτικής ψυχιατρικής περίθαλψης
- Έμφαση στην αποασυλοποίηση με μεγάλη μείωση του αριθμού κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία
- Κλείσιμο ορισμένων ψυχιατρείων

- Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών.
- Πληθώρα κοινοτικών υπηρεσιών σε πολλές περιοχές της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, διαφορετικούς τύπους στεγαστικών δομών, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία, κινητές μονάδες και κέντρα επ/κής αποκατάστασης.
- Ενεργός προσπάθεια του προσωπικού για την επανένταξη των χρηστών και την επανασύνδεση τους με τις οικογένειες τους.
- Τοπικές κοινωνίες αρχίζουν σταδιακά να αποδέχονται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.
- Θετικές αλλαγές στις στάσεις του προσωπικού: προσανατολισμός στην ανθρωποκεντρική παροχή φροντίδας και έντονη ηγετική δράση.
- Ανάπτυξη των ΚΟΙΣΠΕ
- Ενεργή προαγωγή ψυχικής υγείας σε τοπικό και ευρύτερο επίπεδο από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ΜΚΟ και άλλους οργανισμούς.
- Ύπαρξη καμπάνιας αντί-στίγμα με ενδείξεις για πρόοδο στη μείωση του στίγματος.
Τα αδύναμα σημεία, αντίστοιχα, του μεταρρυθμιστικού προγράμματος «Ψυχαργός»

είναι τα παρακάτω:

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αποσπασματικό, ανεπαρκώς συντονισμένο, συχνά με ανεπαρκή παροχή στον πληθυσμό, και αδύναμες διαδικασίες εφαρμογής της συμφωνημένης πολιτικής και βιαστικό και χωρίς περίσκεψη σχεδιασμό.
- Το σύστημα δεν βασίστηκε σε προσέγγιση με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο (άλλωστε δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία).
- Μη ισότιμη ανάπτυξη στις διάφορες περιοχές, αλλά ευκαιριακή ανάλογα με “επιχειρηματικές πρωτοβουλίες” παρά πραγματικές ανάγκες. Σημαντικά τμήματα της χώρας (π.χ. Πελοπόννησος, Δ. Μακεδονία, νησιωτική Ελλάδα) δεν διαθέτουν ούτε τις βασικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Υπερανάπτυξη του εξειδικευμένου προσωπικού και υπανάπτυξη προσωπικού σε ρόλους υποστήριξης.
- Προβλήματα ηγεσίας και αφοσίωσης και μη ύπαρξη της “κρίσιμης μάζας” των μεταρρυθμιστών οι οποίοι θα προωθήσουν την μεταρρύθμιση του συστήματος και θα αναπτύξουν νέες πρωτοβουλίες και καινοτομίες.
- Προβλήματα στο συντονισμό των διαφόρων τμημάτων του σχεδιασμού με υπερανάπτυξη ορισμένων από αυτά και υπο-ανάπτυξη άλλων.

- Χάσματα στη φροντίδα ομάδων όπως παιδιά - έφηβοι, τρίτη ηλικία, “αδικημένες ομάδες” (π.χ. αυτισμός, νοητική υστέρηση, αλκοολισμός).
- Μικρή αλληλεπίδραση των διαφόρων τμημάτων του συστήματος με μη ανταποκρινόμενες στους ρόλους τους & ασυντόνιστες υπηρεσίες.
- Απουσία μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Απουσία έρευνας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.
- Προβλήματα και ρόλος των Τομεακών Επιτροπών Ψ.Υ., οι οποίες έχουν μόνο συμβουλευτικό χαρακτήρα και ανεπαρκή υποστήριξη, από τον οποίο εκπηγάει και η αδυναμία τους να φέρουν εις πέρας τα καθήκοντά τους.
- Προβλήματα των τμημάτων εσωτερικής νοσηλείας τα οποία υπερφορτώνονται (ράντζα), ενώ απουσιάζουν τα ειδικά τμήματα νοσηλείας οξέων περιστατικών για τα οποία συχνά είναι απαραίτητη η αναγκαστική νοσηλεία.
- Προβλήματα ποιότητας στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας.
- Προβλήματα σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Μη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στις αποφάσεις για το σχεδιασμό και την πολιτική ψυχικής υγείας.
- Προβλήματα λόγω των τεσσάρων ξεχωριστών συστημάτων στο χώρο της Ψ.Υ. (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία, ΜΚΟ, Ιδιωτικός Τομέας, αλλά και τα Ασφαλιστικά Ταμεία), τα οποία λειτουργούν ανεξάρτητα και χωρίς συντονισμό μεταξύ τους.

Στο τρίτο σημείο του μνημονίου συνεργασίας, LÁSZLÓ ANDOR –Λυκουρέντζου αναφέρεται ότι, προκειμένου να διασφαλιστεί η λειτουργική συμβατότητα των υλοποιούμενων δράσεων με τη φιλοσοφία, τις αρχές και τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπως παρουσιάστηκαν στο άρθρο I, απαιτείται η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση του συστήματος ψυχικής υγείας. Το Υπουργείο Υγείας έχει αναθέσει σε Ανεξάρτητο Αξιολογητή τη διενέργεια αξιολόγησης της πορείας υλοποίησης των δράσεων και παρεμβάσεων για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ο Ανεξάρτητος Αξιολογητής λειτουργεί σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και με τις υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με κύρια αποστολή την εκτίμηση και την αξιολόγηση της προόδου υλοποίησης της Μεταρρύθμισης. Ο Ανεξάρτητος Αξιολογητής θα αναλάβει επιπροσθέτως και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της υλοποίησης του παρόντος Μνημονίου Συνεργασίας και Σχεδίου Δράσης και θα συμπεριλάβει στις ετήσιες και ενδιάμεσες εκθέσεις του παραδοτέο σχετικό με την αξιολόγηση της πορείας υλοποίησης του

Μνημονίου Συνεργασίας και του Σχεδίου Δράσης. Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας παραλαμβάνει τις ενδιάμεσες και ετήσιες εκθέσεις προόδου του Ανεξάρτητου Αξιολογητή και την κοινοποιεί στις αρμόδιες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την από κοινού ανάλυσή της. Η πρώτη έκθεση υπεβλήθη μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2013 ώστε να υπάρχει μια εικόνα της ισχύουσας κατάστασης και των μεταρρυθμίσεων που έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα αλλά και των απαιτούμενων βημάτων για την ολοκλήρωση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας όπως περιγράφονται στο Μνημόνιο Συνεργασίας και στο Σχέδιο Δράσης για την προώθηση της μεταρρύθμισης του τομέα της ψυχικής υγείας μέχρι το τέλος του 2015.

4.8 Πλαίσιο Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2011-2020 αποτελεί συνισταμένη των ακόλουθων παραμέτρων:

1. Του αξιακού υποστρώματος της κοινοτικής ψυχιατρικής
2. Του προγενέστερου στρατηγικού σχεδιασμού της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ 2001-2009)
3. Του προγενέστερου επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
4. Των σημείων του Συμφώνου Spidla
5. Των αξόνων δράσης του ΕΣΠΑ
6. Των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Ευρωπαϊκού Συμφώνου Ψυχικής Υγείας
7. Των αξιολογήσεων και της αποτίμησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργός Β και των σχετικών προτάσεων εμπλεκόμενων θεσμικών φορέων
8. Της πολιτικής ψυχικής υγείας που εφαρμόζεται με κοινοτικούς και εθνικούς πόρους λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παραμέτρους, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης. Ο πρώτος αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και της πρόληψης της κακής ψυχικής υγείας. Το τρίτο αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης

(τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

1. Κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών
2. Προαγωγή – Πρόληψη Ψυχικής Υγείας
3. Οργάνωση Συστήματος Ψυχιατρικής Φροντίδας

Αναλυτικότερα, οι προτάσεις της επιτροπής αφορούν:

- Τη σύσταση **Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας** με τέσσερες διαφορετικές επιλογές:
 1. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα υπάρχοντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
 2. Υπαγωγή του συστήματος Ψ.Υ. στα Γενικά Νοσοκομεία
 3. Δημιουργία **“Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας”** στο πρότυπο των “Mental Health Trusts” της Μ. Βρετανίας, στο πλαίσιο του νέου διοικητικού συστήματος των περιφερειών, η οποία και φαίνεται να **αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή.**
 4. Ευέλικτα συστήματα με τοπικές παραλλαγές.
- **Προτεραιότητα στη λειτουργία των ΤοΨΥ ως δίκτυο συντονισμένων υπηρεσιών.**
- Προσδιορισμός **προτύπων υπηρεσιών** με προτεραιότητα τις κοινοτικές.
- **Πλήρωση των κενών στα παιδιά–εφήβους, 3^η ηλικία, “αδικημένες ομάδες”.**
- **Πρόβλεψη για τους νέους ασθενείς μακράς παραμονής.**
- Έλεγχος των κενών στις στεγαστικές υπηρεσίες.
- Κάλυψη των προβλημάτων στη μισθοδοσία του προσωπικού.
- Πρόβλεψη μηχανισμών λογοδοσίας.
- Δημιουργία μηχανισμών και μοντέλων για την εκτίμηση των τοπικών αναγκών.
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου των νέων αλλαγών με **συμμετοχή χρηστών και οικογενειών.**
- Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων ελέγχου διασφάλισης ποιότητας.
- Προτεραιότητα στην **κοινοτική και κοινωνική φροντίδα και στον συντονισμό και αξιολόγηση του συστήματος.**
- Προτεραιότητα **στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.**
- Προτεραιότητα στην **εκπαίδευση του προσωπικού** κύρια στα πρακτικά προβλήματα και σε **οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση την τεκμηριωμένη ψυχιατρική.**
- Προώθηση των **Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ)** ή

άλλων μοντέλων εργασιακής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών.

- **Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.**
- **Ενίσχυση της έρευνας υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της αξιολόγησης κυρίως μέσω των ακαδημαϊκών τμημάτων.** (πηγή: Εθνικό Σχέδιο δράσης 2011 υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

4.9 Διεθνές περιβάλλον

Η ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Οι θεμέλιοι λίθοι της διαδικασίας άρθρωσης της κοινοτικής στρατηγικής ψυχικής υγείας ήταν οι διατάξεις του άρθρου 152 της Συνθήκης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΕΚ), οι αποφάσεις και τα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου από το 1999 για επιμέρους θέματα ψυχικής υγείας και η ανάδειξη της ψυχικής υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως προτεραιότητα για ανάληψη δράσης, ιδιαίτερα μετά τον εορτασμό του 2001 ως έτους ψυχικής υγείας.

Καταλυτικό ρόλο στην ανάδυση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία αποτέλεσε η Υπουργική Διάσκεψη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΕΓ ΠΟΥ), η οποία έλαβε χώρα τον Ιανουάριο του 2005 στο Ελσίνκι. Στη Διάσκεψη αυτή υιοθετήθηκαν η Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία (ΕΓ ΠΟΥ, 2005a) και το Σχέδιο Δράσης για την Ευρώπη (ΕΓ ΠΟΥ, 2005b). Ο σχεδιασμός αυτός αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης και αναφοράς για τις μεταγενέστερες πρωτοβουλίες της Ε.Ε.

Η Πράσινη Βίβλος με θέμα τη διαμόρφωση της στρατηγικής για την ψυχική υγεία της Ε.Ε. αποτέλεσε απάντηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην πρόσκληση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ. για την υλοποίηση των αποφάσεων της Υπουργικής Διάσκεψης του Ελσίνκι (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2005).

Επίσης, έθεσε το πλαίσιο μιας διαδικασίας διαβούλευσης με αντικείμενο την εκπόνηση ενδεχόμενης στρατηγικής και ενός σχεδίου δράσης για την ψυχική υγεία.

Σε αυτό το πλαίσιο έλαβαν χώρα οι ακόλουθες θεματικές συναντήσεις:

- Προαγωγή ψυχικής υγείας και πρόληψη ψυχικής ασθένειας (16 – 17 Ιανουαρίου 2006, Λουξεμβούργο)
- Κοινωνική ένταξη και Θεμελιώδη Δικαιώματα (16 – 17 Μαρτίου 2006, Βιέννη)
- Ενημέρωση, έρευνα και επιμόρφωση (18 – 19 Μαΐου 2006, Λουξεμβούργο)

Με την περαίωση της διαδικασίας διαβούλευσης, οργανώθηκε συνδιάσκεψη το 2008 για την Ψυχική Υγεία με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η οποία κατέληξε σε

Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία. Στην Ευρωπαϊκή αυτή διάσκεψη συμμετείχαν εκπρόσωποι από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, τα κράτη μέλη, οργανώσεις και εκπρόσωποι εμπλεκόμενων φορέων για θέματα ψυχικής υγείας.

Στο πλαίσιο του Συμφώνου αναδείχθηκαν πέντε τομείς προτεραιότητας για δράση στ' ακόλουθα πεδία: Πρόληψη κατάθλιψης και αυτοκτονιών, Ψυχική Υγεία στους νέους και στην εκπαίδευση, Ψυχική Υγεία σε εργασιακούς χώρους, Καταπολέμηση στίγματος και κοινωνικού αποκλεισμού και Ψυχική Υγεία των ηλικιωμένων.

Το Σύμφωνο απεύθυνε έκκληση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα Κράτη Μέλη, μαζί με τους σχετικούς διεθνείς οργανισμούς και ενδιαφερόμενους ως προς τα ακόλουθα:

- Να δημιουργήσουν ένα μηχανισμό για την ανταλλαγή πληροφοριών.
- Να συνεργαστούν ώστε να εντοπίσουν καλές πρακτικές και παράγοντες επιτυχίας της πολιτικής δράσης και της δράσης των εμπλεκόμενων για την αντιμετώπιση των ζητημάτων προτεραιότητας του Συμφώνου, και να αναπτύξουν κατάλληλες συστάσεις και σχέδια δράσης.
- Να ανακοινώνουν τα αποτελέσματα τέτοιων εργασιών μέσα από μια σειρά διασκέψεων σχετικά με τα θέματα προτεραιότητας του Συμφώνου κατά τα επόμενα χρόνια.

Στην κατεύθυνση της υλοποίησης των αποφάσεων του Συμφώνου, της παρακολούθησης της προόδου, της ανταλλαγής καλών πρακτικών και της επικαιροποίησης του σχεδίου δράσης, πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια διασκέψεις σε κάθε πεδίο προτεραιότητας.

Το Ευρωπαϊκό Σύμφωνο για την Ψυχική Υγεία και οι σχετικές προτεραιότητες για δράση φιλοδοξούν να αποτελέσουν το περίγραμμα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την ψυχική υγεία. Το Σύμφωνο βασιζόμενο στην βέλτιστη Ευρωπαϊκή πρακτική, θα βοηθά στην εκπόνηση συστάσεων για δράση.

Κεφάλαιο Πέμπτο

5.1 Εισαγωγή

Για την εύρυθμη λειτουργία τους οι νοσηλευτικές μονάδες επιδιώκουν την επίτευξη κάποιων στόχων που αποσκοπούν στην οικονομική τους βιωσιμότητα. Οι στόχοι αυτοί διαφοροποιούνται ανάλογα με τη νομική μορφή (δημόσιο-ιδιωτικό), το είδος(γενικό-ειδικό) και τη γεωγραφική θέση του νοσοκομείου. Τέτοιοι στόχοι είναι:

- Η καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους νοσηλευθέντες
- Η ολοένα αυξανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Και η μεγιστοποίηση κέρδους.

Οι ερευνητές επιδιώκουν την έρευνα σχετικά με την ανάπτυξη και την εφαρμογή των στατιστικών μεθόδων για την οικονομική αξιολόγηση. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν, τις μεθόδους που βασίζονται στη παλινδρόμηση για τη χαρτογράφηση με περιγραφικά μέσα που αφορούν την υγεία, την Ποιότητα Ζωής, και τις Bayesian methods για την εκτίμηση του καθαρού κόστους της νόσου με τη χρήση συγκεντρωτικών δεδομένων

5.2 Υπόδειγμα Rice

Στο υπόδειγμα του Rice στόχος είναι η μεγιστοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών σε σχέση με την δοθείσα επιχορήγηση (Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και πολιτική, Τυπωθύτω, 2006). Εκτιμάται ότι όσο αυξάνεται η επιχορήγηση τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών αρχικά .

5.3 Υπόδειγμα Lee

Στο συγκεκριμένο υπόδειγμα στόχος είναι η μεγιστοποίηση της ποιότητας. Στην συνάρτηση χρησιμότητας παράγοντες που την επηρεάζουν είναι ο μισθός, το κύρος, ικανοποίηση από την εργασία του, το περιβάλλον της εργασίας και τέλος η φήμη που έχει η μονάδα υγείας (π.χ. Νοσοκομείο). Το συγκεκριμένο υπόδειγμα όμως εμφανίζει κάποιες ατέλειες διότι είναι θεωρητικό και χωρίς στόχευση, επίσης μας εξηγεί ότι η ποιότητα από τις εισροές εξαρτάται αλληλένδετα από την ποιότητα τις κλινικής εικόνας των ασθενών. Το να μεγιστοποιείς την ποιότητα έχει θεωρητικές και πρακτικές δυσκολίες.

5.4 Υπόδειγμα Gunnar Myrdal (1952)

Σύμφωνα με τον Gunnar Myrdal, κατά τα πρώτα έτη της δεκαετίας του 1950, η ενασχόληση των οικονομολόγων με την υγεία, ως κλάδος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας, παραμένει στοιχειώδεις. Ο Σουηδός οικονομολόγος αναφέρει ότι με τον όρο «κεφάλαιο» εννοούσαν οι συνάδελφοι οικονομολόγοι τότε το υλικό κεφάλαιο και ότι μόνον μερικοί οικονομολόγοι «με πιο φιλοσοφική διάθεση» χρησιμοποιούσαν την έννοια του ανθρωπίνου κεφαλαίου. τα συγγράμματα πολιτικής οικονομίας *«ποτέ δεν πήραν στα σοβαρά αυτήν αντίληψη{του ανθρωπίνου κεφαλαίου}»*.

Ο Gunnar Myrdal θεωρούσε ότι προκειμένου να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα κάθε προσπάθειας για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η πολιτική της υγείας όφειλε να ενταχθεί σε μία ευρύτερη πολιτική μεγάλων οικονομικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων. Απέδιδε δε ιδιαίτερη σημασία στην φτώχεια, για την οποία θεωρούσε ότι συγκροτεί φαύλο κύκλο με την κακή ποιότητα υγείας: *«Οι άνθρωποι αρρωσταίνουν επειδή είναι φτωχοί. Εν συνεχεία γίνονται φτωχότεροι επειδή έχουν κακή υγεία, και η αυξημένη φτώχεια τους οδηγεί σε νέα επιδείνωση της υγείας τους. Πρόκειται για σωρευτική διαδικασία που δρα στην κατεύθυνση συνεχούς επιδείνωσης της υγείας με τον ένα αρνητικό παράγοντα να είναι ταυτοχρόνως αιτία και αποτέλεσμα όλων των αρνητικών παραγόντων»*. Gunnar Myrdal, (1952).

Επομένως, η αντίληψη του ήταν συστημική και λάμβανε υπόψη της την μακροοικονομική, κοινωνική και θεσμική διάσταση της υγείας. Η βράβευση του με το Νόμπελ (από κοινού με τον ιδεολογικό του αντίπαλο Hayek, το 1974), αναφερόταν, μεταξύ άλλων, στην *«διεισδυτική του ανάλυση της αμοιβαίας εξάρτησης κοινωνικών, οικονομικών και θεσμικών φαινομένων»*.

5.5 Η θεωρία του Kenneth Arrow

Η αμφισβήτηση της υπάρχουσας θεωρίας έγινε με την δημοσίευση του άρθρου του οικονομολόγου Kenneth Arrow(Νόμπελ 1972 από κοινού με τον John Hicks), η συγκεκριμένη θεωρία πραγματοποιούσε σύγκριση της τρέχουσας λειτουργίας του κλάδου παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών με τον υποτιθέμενο βέλτιστο τρόπο λειτουργίας που υποδεικνύει η νεοκλασική οικονομική θεωρία. Δια μέσου της σύγκριση αυτής, ο Kenneth Arrow εισήγαγε την ιδέα, με διακριτικό πλην σαφή τρόπο, ότι θα έπρεπε κάποια στιγμή να εξετάσουμε την ιατρική ηθική υπό το (υποτιθέμενο) αυστηρό φως της οικονομικής θεωρίας. Η ιδέα αυτή ενισχύθηκε στην διάρκεια των επομένων δεκαετιών και ο κλάδος παραγωγής ιατρικών υπηρεσιών αναπτύχθηκε υπό την ηγεμονία και τις υποδείξεις της νεοκλασικής θεωρίας.

5.6 Το υπόδειγμα Michael Grossman

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο Michael Grossman ακολούθησε την θεωρητική παράδοση του Becker(1967) με την δημοσίευση του άρθρου «On the concept of health capital and the demand for health» η υγεία είναι το κεφάλαιο, η ακριβέστερα ένα κεφαλαιακό απόθεμα που αποδίδει κέρδος κατά την διάρκεια της υγιούς ζωής του ατόμου. Τα άτομα προικίζονται αρχικά με μια ορισμένη ποσότητα «ανθρωπίνου κεφαλαίου», το οποίο υφίσταται απόσβεση προϋούσας της ηλικίας, πλην όμως αυξάνεται με την επένδυση σε αυτό. Όπως συμβαίνει με την επένδυση σε οιοσδήποτε κεφαλαιουχικό αγαθό το οποίο φθείρεται με τον χρόνο, η διαφορά μεταξύ ακαθάριστης και καθαρής επένδυσης εξαρτάται από τον ρυθμό παλαιώσης του (από τον ρυθμό απόσβεσης του). Η υγεία εξομοιώνεται έτσι, με κάθε άλλο κεφαλαιουχικό αγαθό (με μοναδική διαφορά, κατά τον Michael Grossman, ότι άλλα στοιχεία του ανθρωπίνου κεφαλαίου, όπως η σχολική εκπαίδευση, επιδρούν στην παραγωγικότητα του ατόμου ενώ η υγεία καθορίζει τον συνολικό χρόνο που το άτομο μπορεί να διαθέσει στην παραγωγή εμπορευμάτων).

Ως εκ τούτου, το άτομο, κάτοχος του κεφαλαιακού αποθέματος υγείας, φέρεται ως ένας επενδυτής που μεγιστοποιεί το σύνολο των κερδών του από την εκμετάλλευση του κεφαλαίου του στη διάρκεια της ζωής του. Δαπανά επιπλέον πόρους για να επενδύσει σε «κεφάλαιο υγείας» μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο η χρηματική αξία που εισπράττει από μία επιπλέον μονάδα υγείας ισούται ακριβώς με το κόστος που πρέπει να καταβάλλει το άτομο-επενδυτής για να αποκτήσει. (Ιωακείμογλου, 2010, Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ).

5.7 Ο νόμος του Roemer

Ο νόμος του Roemer βασίζεται στις εξής υποθέσεις:

- A) Υπόθεση στην ακαμψία των τιμών
- B) Υπόθεση του εισοδήματος – στόχος
- Γ) Υπόθεση της δυσαρέσκειας από την αύξηση της ζήτησης
- Δ) Υπόθεση της μεγιστοποίησης των τιμών

(Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και πολιτική, Τυπωθύτω ,2006)

5.8 Το υπόδειγμα Andersen

Ο Andersen διαχώρισε τους προσδιοριστικούς παράγοντες της χρήσης υπηρεσιών υγείας από τα άτομα σε τρεις κατηγορίες: α) τους προδιαθεσιακούς παράγοντες (predisposing variables) οι οποίοι αφορούν κυρίως δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η

ηλικία, το φύλο, η σύνθεση του νοικοκυριού, κ.α., β) τους παράγοντες που ενεργοποιούν τη χρήση (enabling variables) όπως το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η επαγγελματική κατάσταση του ατόμου, και τέλος γ) τους παράγοντες ανάγκης (need variables) δηλαδή την κατάσταση της υγείας του ατόμου η οποία ουσιαστικά δημιουργεί την ανάγκη για χρήση των υπηρεσιών υγείας..

Το υπόδειγμα του Andersen δέχτηκε πολλές επικρίσεις διότι αγνοεί το ρόλο ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων όπως η κατάθλιψη, η δυνατότητα αυτοελέγχου και η κοινωνική στήριξη από άτομα του οικογενειακού κύκλου του ασθενούς καθώς και την διαδικασία σχηματισμού της ατομικής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Τέτοιοι παράγοντες έχουν βρεθεί συστηματικά να επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας από άτομα (Arling, 1985). Έτσι ο Andersen, το 1995 σε μια νεότερη του δημοσίευση ανασκεύασε το υπόδειγμά του, ώστε να λάβει υπόψη του και τους προσδιοριστικούς παράγοντες οι οποίοι προέρχονται από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Η αναθεώρηση αυτή περιελάμβανε πως η ζήτηση για διαφορετικές υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται και από διαφορετικούς κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι προέρχονται από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο Έκτο

6.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθεται το ερωτηματολόγιο πάνω στο οποίο βασίστηκε το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, τα αποτελέσματα του οποίου προέκυψαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια και οι γραφικές απεικονίσεις αυτών. Τα ερωτήματα απευθύνθηκαν σε άτομα με άνοια και ήπια νοητική διαταραχή, προκειμένου να εξαχθούν αποτελέσματα δημογραφικά, ποσοτικά και ποιοτικά. Είναι η πρώτη έρευνα αυτής της μορφής που πραγματοποιείται στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο έχει συνολικό δείγμα 120 ατόμων, (n=120) εκ των οποίων 61 είναι πάσχοντες από άνοια (Dementia) και 59 άτομα με ήπια νοητική διαταραχή. Το δείγμα των ασθενών που απάντησαν προέρχεται από την ελληνική εταιρία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.

Τα ποσοτικά αποτελέσματα αναφέρονται στο κόστος που δαπανά ένας ασθενής με άνοια ή ένα άτομο με ήπια νοητική διαταραχή από το διαθέσιμο εισόδημά του για την κάλυψη των δαπανών της ασθένειάς του. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά αναφέρονται αντίστοιχα στις απαντήσεις που δόθηκαν αναφορικά με το στάδιο της άνοιας στο οποίο ανήκει κάθε ασθενής καθώς και στην επίδραση της οικονομικής κρίσης για τις δαπάνες της υγείας. Οι δημογραφικές ερωτήσεις σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή

κατάσταση και τον τόπο κατοικίας. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε μέσα από τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS, version 21.

Οι αναλύσεις περιελάμβαναν συσχετίσεις των μεταβλητών που αναφέρονται στο στάδιο της άνοιας και αντίστοιχα στο μηνιαίο κόστος φαρμάκων, φροντίδας και ιατρού. Μέσω των συγκεκριμένων συσχετίσεων προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με τα χρήματα τα οποία δαπανά κάθε ασθενής με άνοια ανάλογα με το στάδιο άνοιας στο οποίο βρίσκεται και την οικονομική του κατάσταση. Χρήσιμα αποτελέσματα προέκυψαν και από τη στατιστική ανάλυση σε άτομα με ήπια νοητικά ελλείμματα, τα οποία δεν πληρούν ακόμη τα κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας.

6.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

Οι ερωτήσεις απευθύνονται για τους ασθενείς με άνοια ή σε περιθάλποντες ασθενών

1. Ημερομηνία γέννησης ___ / ___ / ___
ημ./μην./έτος
2. Ηλικία _____ ετών
3. Φύλο:
 1. Άρρην
 2. Θήλυ
4. Σχέση με τον ασθενή
 1. Σύζυγος (ο)
 2. Σύζυγος (η)
 3. Τέκνο
 4. Φίλος
 5. Άλλο(Δεν επιτρέπεται το προσωπικό)
5. Οικογενειακή κατάσταση
 1. Παντρεμένος /Συζεί
 2. Δεν παντρεύτηκε ποτέ
 3. Διαζευγμένος/Σε διάσταση
 4. Χήρος/-α
6. Αριθμός τέκνων που αυτή τη στιγμή μένουν μαζί σας
_____ τέκνο/-α
7. Μένετε μαζί με τον ασθενή;
 1. Ναι
 2. Όχι
8. Παρακαλώ επιλέξτε την τοποθεσία της κατοικίας σας:
 1. Νομός Θεσσαλονίκης
 2. Πρωτεύουσα νομού
 3. Κωμόπολη
 4. Χωρίο
9. Σε ποία από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο εισόδημα σας;
(Η απάντηση στην ερώτηση είναι προαιρετική)
 1. 0-500€
 2. 501-800€
 3. 801-1.100€
 4. 1.101-1.400€
 5. 1.401 +
10. Έχετε ιατροφαρμακευτική ασφάλιση;
 1. Ναι
 2. Όχι
11. Σε ποίο ασφαλιστικό ταμείο έχετε ασφάλιση;(προϋπόθεση απάντησης "Ναι" στο προηγούμενο ερώτημα)
 1. ΙΚΑ
 2. ΟΓΑ
 3. Δημόσιο
 4. ΟΑΕΕ
 5. ΤΣΕΜΕΔΕ

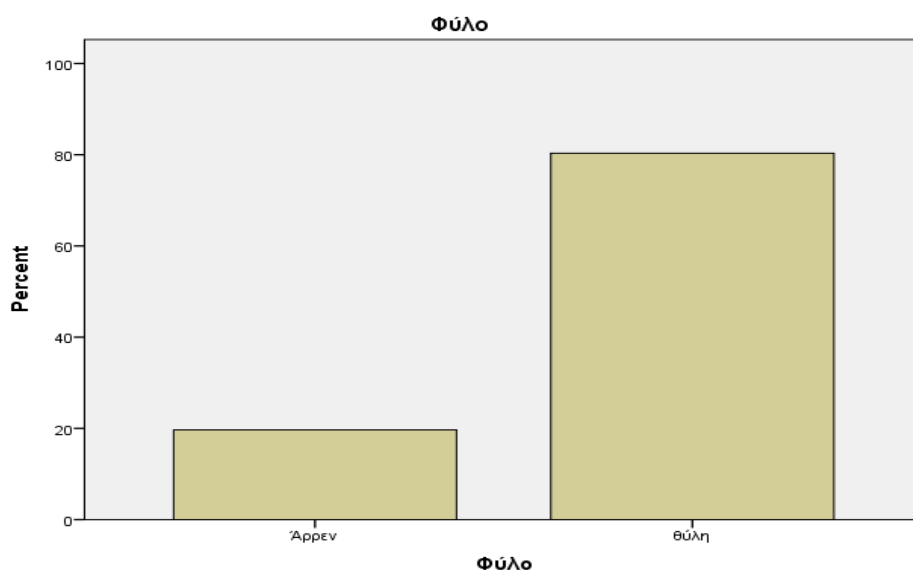
6. ΤΣΑΥ
7. Ιδιωτική
8. Πρόνοια
9. Κανένα
12. Πόσο έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τις δαπάνες για την υγεία σας;
1. Πάρα πολύ
2. Πολύ
3. Λίγο
4. Ελάχιστα
5. Καθόλου
13. Ποίο είναι το μηναίο κόστος που δίνεται για φάρμακα άνοιας;
1. 0-50€
2. 51-100€
3. 101-150€
4. 151€ +
14. Μηνιαίο κόστος που δίνεται για ιατρό λόγω της άνοιας;
1. 0-50€
2. 51-100€
3. 101-150€
4. 151€ +
15. Μηνιαίο κόστος που δίνεται για άτομα που σας φροντίζουν; (νοσοκόμα- αποκλειστική κ.α.)
1. 0-100€
2. 101-200€
3. 201-300€
4. 301€ +
16. Μηνιαίο κόστος που δίνεται για είδη περιποίησης; (σεντόνια-πάνες υπόστρώματα);
1. 0-50€
2. 51-100€
3. 101-150€
4. 151€ +
17. Μηνιαίο κόστος που δίνεται για παρακλινικές εξετάσεις;
1. 0-100€
2. 101-200€
3. 201-300€
4. 301€ +
18. Σε ποίο στάδιο άνοιας βρίσκεστε;
1. Αρχικό
2. Μέσο
3. Τελικό
4. Δεν γνωρίζω
19. Έχετε πάρει πρόωρη σύνταξη ή προνομιακό επίδομα λόγω άνοιας;
1. Ναι
2. Όχι

6.3 Αποτελέσματα και διαγράμματα ατόμων με άνοια

Το συνολικό δείγμα των ασθενών με άνοια που συμμετείχαν στη μελέτη, ήταν 61 (n=61). Από τα 61 άτομα που απάντησαν τα 12 ήταν άντρες ενώ τα 49 άτομα ήταν γυναίκες. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε και από το διάγραμμα, το 19,7% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 80,3% γυναίκες.

Πίνακας 6.1

Φύλο				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	12	19,7	19,7	19,7
Valid θύλη	49	80,3	80,3	100,0
Total	61	100,0	100,0	

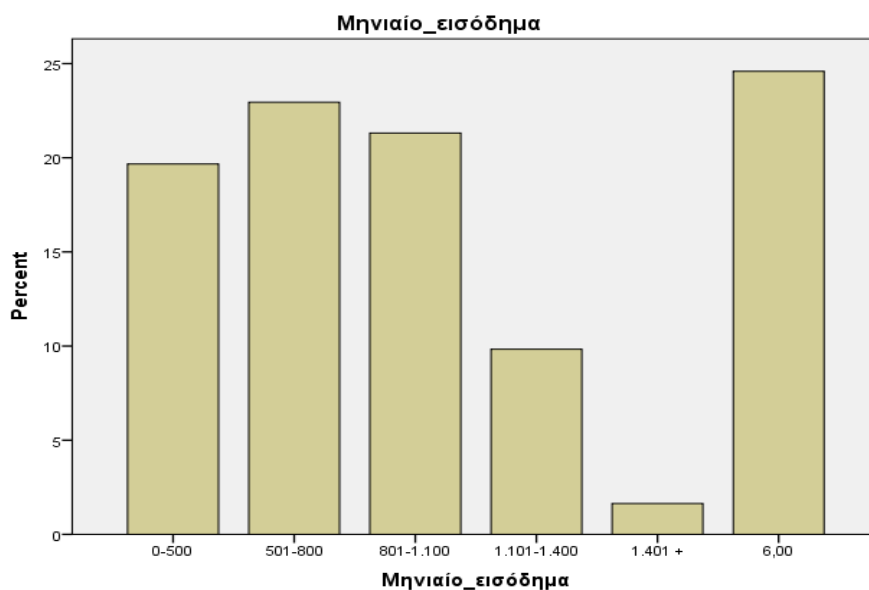


Διάγραμμα 1

Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα των ατόμων με άνοια αναλύεται ως εξής. Ένα ποσοστό της τάξεως του 19,7% των ασθενών, είχαν μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 0 έως 500,00€. Το 23% των ασθενών απάντησαν ότι το εισόδημα τους κυμαίνονταν από 501,00-800,00€, ενώ το 21,3% των ασθενών από 801,00- 1.100,00€. Αντίστοιχα, το 9,8% των ερωτηθέντων από 1.101,00-1.400,00€ και πάνω από 1.401,00€ δήλωσε 1,6%. Το 24,6% των ασθενών, δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση διότι δεν ήταν υποχρεωτική λόγω ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Πίνακας 6.2

Μηνιαίο εισόδημα				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-500	12	19,7	19,7	19,7
501-800	14	23,0	23,0	42,6
801-1.100	13	21,3	21,3	63,9
Valid 1.101-1.400	6	9,8	9,8	73,8
1.401 +	1	1,6	1,6	75,4
N/A (6,00)	15	24,6	24,6	100,0
Total	61	100,0	100,0	

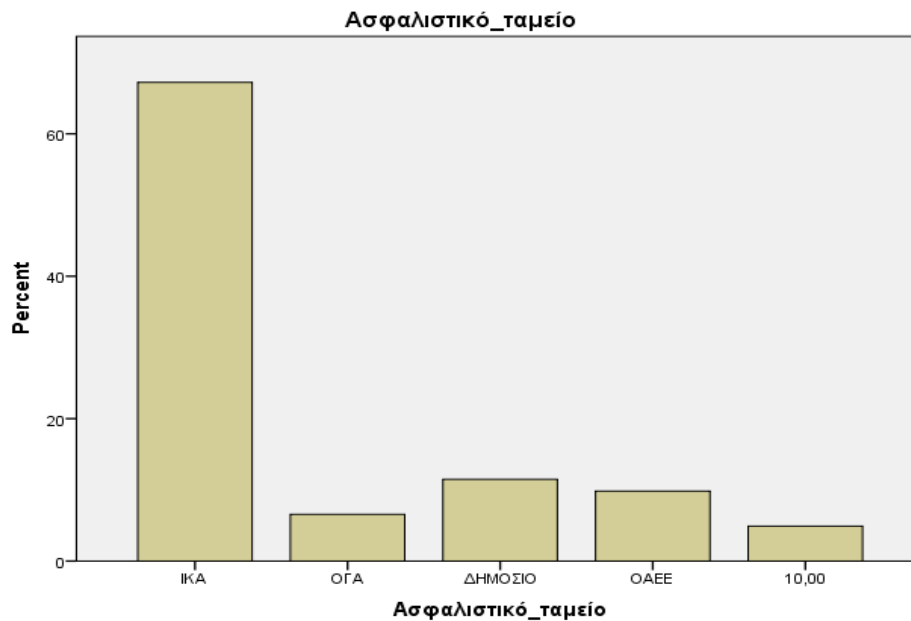


Διάγραμμα 6.2

Όσον αφορά το ταμείο ασφάλισης, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με άνοια είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 67,2%, ακολουθεί το ταμείο του δημοσίου με ποσοστό 11,5% . Έπεται το ασφαλιστικό ταμείο των ελευθέρων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) 9,8% και ο οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων (ΟΓΑ) σε ποσοστό 6,6% , ενώ το 4,9% δεν έδωσε απάντηση.

Πίνακας 6.3

Ασφαλιστικό_ταμείο				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
IKA	41	67,2	67,2	67,2
ΟΓΑ	4	6,6	6,6	73,8
ΔΗΜΟΣΙΟ	7	11,5	11,5	85,2
ΟΑΕΕ	6	9,8	9,8	95,1
Δεν απάντησαν (10,00)	3	4,9	4,9	100,0
Total	61	100,0	100,0	

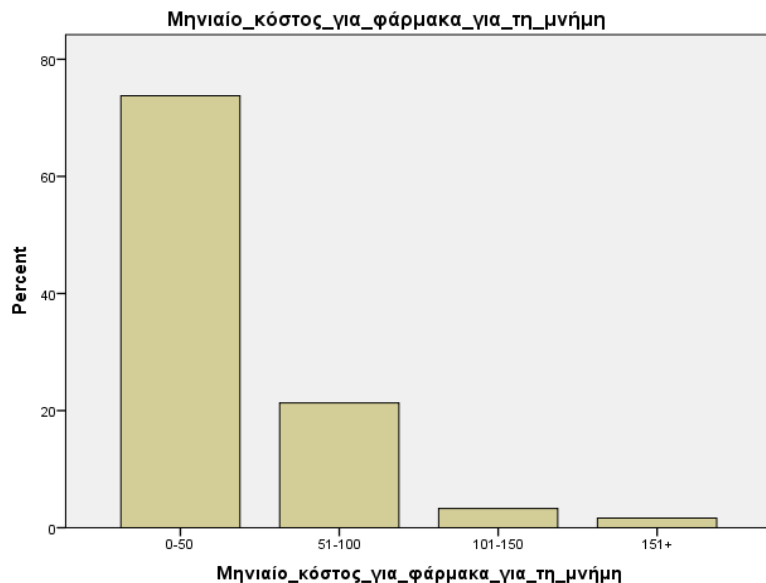


Διάγραμμα 6.3

Στην ερώτηση ποιο είναι το μηνιαίο κόστος που δαπανούν οι ασθενείς για φάρμακα για τη μνήμη, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με άνοια απάντησε ότι δαπανά σε μηνιαία βάση έως 50,00€ και το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε 73,8%. Από 51,00€ έως 100,00€ δαπανά το 21,3% του συνολικού δείγματος και από 101,00€ έως 150,00€ το 3,3%. Τέλος μόνο το 1,6% δίνει για φαρμακευτική περίθαλψη άνω των 151,00€ μηνιαίως.

Πίνακας 6.4

Μηνιαίο κόστος για φάρμακα για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	45	73,8	73,8	73,8
51-100	13	21,3	21,3	95,1
Valid 101-150	2	3,3	3,3	98,4
151+	1	1,6	1,6	100,0
Total	61	100,0	100,0	

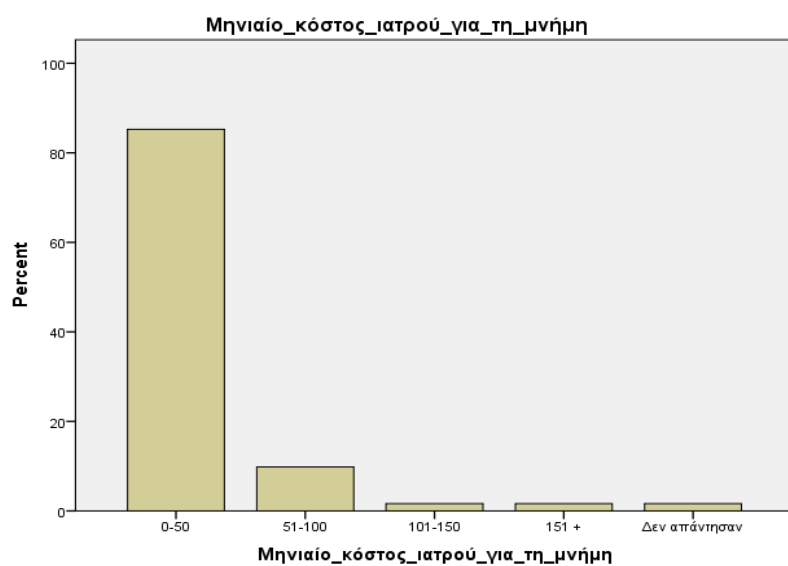


Διαγραμμα 6.4

Το συγκεκριμένο διάγραμμα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς απεικονίζει το ποσό των χρημάτων το οποίο δαπανούν σε μηνιαία βάση οι ασθενείς από άνοια για ιατρική περίθαλψη. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, η πλειοψηφία των ασθενών (85,2%) δαπανά έως 50,00€ για το συγκεκριμένο κόστος σε μηνιαία βάση. Αντίστοιχα, το 9,8% δαπανά 51,00-100,00€ και το 1,6% δαπανά 101,00-150,00€. Τέλος, πάνω από 151,00€ δαπανά το 1,6%, αντίστοιχα το 1,6% των ερωτηθέντων δεν έδωσε απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Πίνακας 6.5

Μηνιαίο κόστος ιατρού για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	52	85,2	85,2	85,2
51-100	6	9,8	9,8	95,1
101-150	1	1,6	1,6	96,7
151 +	1	1,6	1,6	98,4
Δεν απάντησαν	1	1,6	1,6	100,0
Total	61	100,0	100,0	

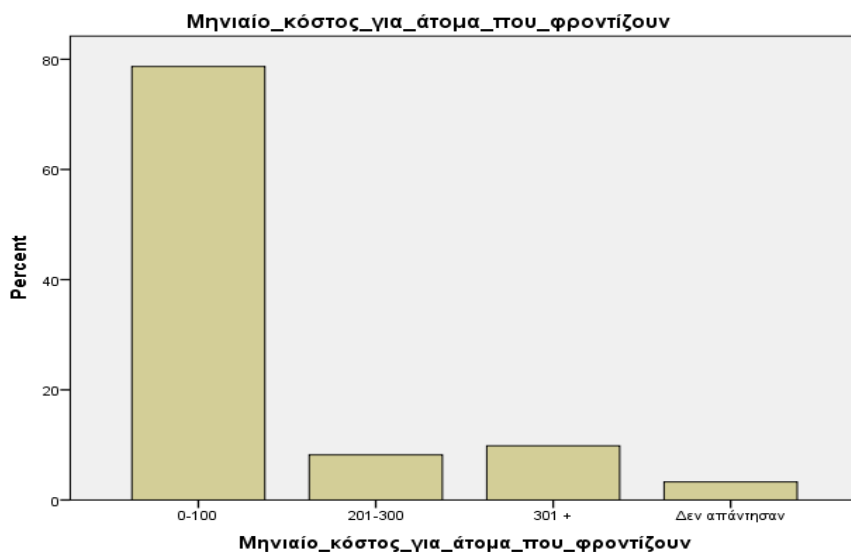


Διάγραμμα 6.5

Το παρακάτω ερώτημα αφορά στο κόστος που δαπανάται από του ασθενείς σχετικά με νοσοκόμους-νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό. Όπως προκύπτει από την έρευνά μας το 78,7% των ασθενών δαπανά έως 100,00€ για την μηνιαία φροντίδα τους. Αντίστοιχα, 201,00-300,00€ δαπανά το 8,2% των αρρώστων και πάνω από 300,00€ ξοδεύει το 9,8% των πασχόντων από άνοια. Το 3,3% δεν απάντησε στο ερώτημα αυτό των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.6

Μηνιαίο κόστος για άτομα που φροντίζουν				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-100	48	78,7	78,7	78,7
201-300	5	8,2	8,2	86,9
Valid 301 +	6	9,8	9,8	96,7
Δεν απάντησαν	2	3,3	3,3	100,0
Total	61	100,0	100,0	

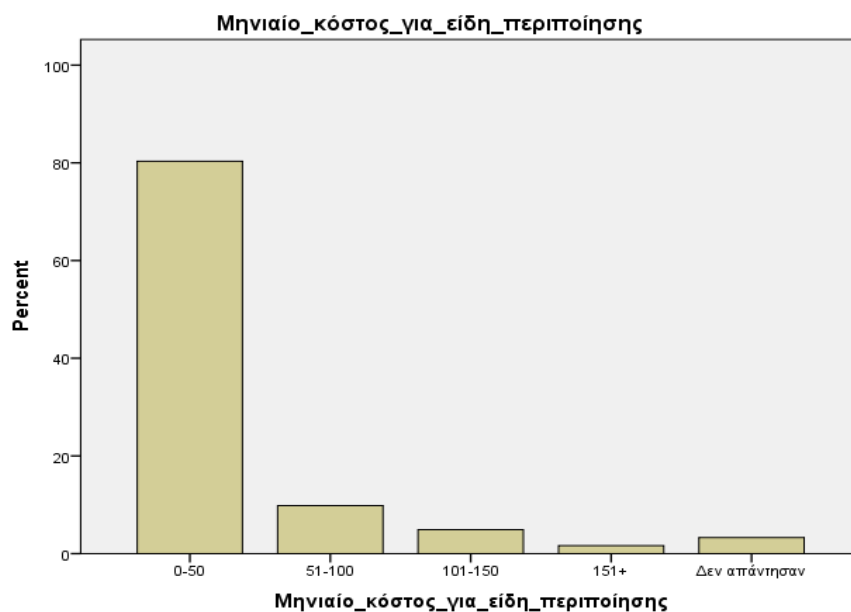


Διάγραμμα 6.6

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα αποτυπώνεται το μηνιαίο κόστος των αναλωσίμων ειδών όπως σεντόνια, πάνες, υποστρώματα των ατόμων με άνοια. Και σε αυτό το ερώτημα το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (80,3%) δήλωσε πως δαπανά μέχρι 50,00 € για το συγκεκριμένο έξοδο, ενώ το 9,8% δαπανά 51,00-100,00€ και το 4,9% κινείται στο εύρος ποσού 101,00-150,00€. Πέραν αυτού του ποσού βρίσκεται το 1,6% των ασθενών και το 3,3% δεν έδωσε απάντηση στο ερώτημα αυτό.

Πίνακας 6.7

Μηνιαίο κόστος για είδη περιποίησης				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	49	80,3	80,3	80,3
51-100	6	9,8	9,8	90,2
101-150	3	4,9	4,9	95,1
151+	1	1,6	1,6	96,7
Δεν απάντησαν	2	3,3	3,3	100,0
Total	61	100,0	100,0	

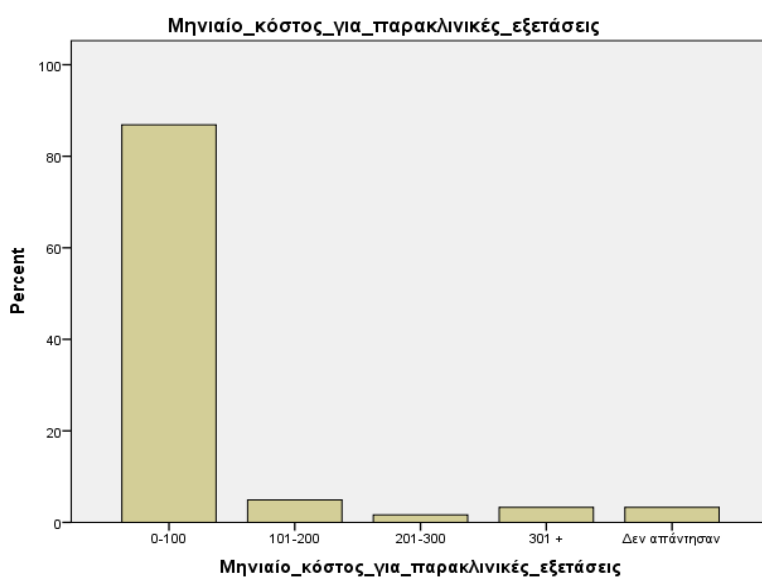


Διάγραμμα 6.7

Ως παρακλινικές εξετάσεις νοούνται οι βιοχημικές εξετάσεις, τα εγκεφαλογραφήματα, οι ακτινογραφίες κλπ. Οι 53 εκ των 61 ερωτηθέντων ασθενών με άνοια (86,9%) απάντησαν πως δαπανούν έως 100,00€ για παρακλινικές εξετάσεις, 3 από τους 61 (4,9%) δαπανούν 101,00-200,00€ σε μηνιαία βάση, ένας ασθενής (1,6%) από 201,00-300,00€ και τέλος 2 ασθενείς (3,3%) πλέον των 300,00€. Δύο ασθενείς δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα (ποσοστό ίδιο με το προηγούμενο).

Πίνακας 6.8

Μηνιαίο κόστος για παρακλινικές εξετάσεις				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-100	53	86,9	86,9	86,9
101-200	3	4,9	4,9	91,8
201-300	1	1,6	1,6	93,4
301 +	2	3,3	3,3	96,7
Δεν απάντησαν	2	3,3	3,3	100,0
Total	61	100,0	100,0	

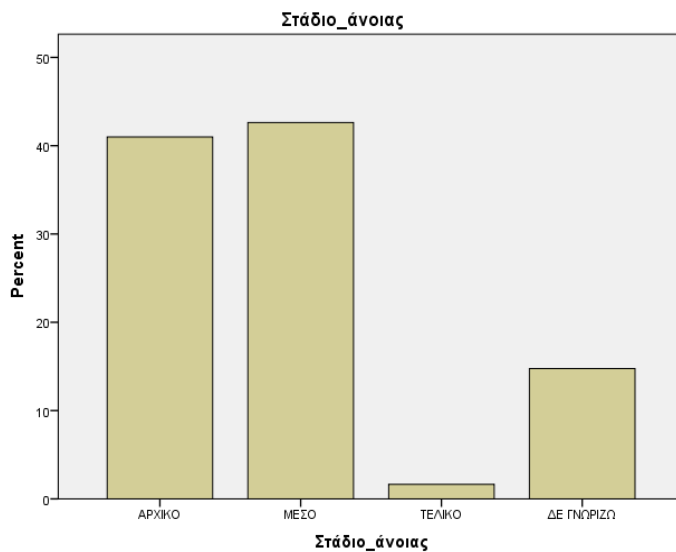


Διάγραμμα 6.8

Στο παραπάνω ερώτημα το ζητούμενο ήταν η διάγνωση για το στάδιο της άνοιας στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε το 41% των ερωτηθέντων (25 ασθενείς) βρίσκεται στο αρχικό στάδιο της άνοιας, το 42,6% (26 ασθενείς) βρίσκονται στο μέσο στάδιο και μόλις το 1,6% (ένας ασθενής) στο τελικό στάδιο. Ενώ, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό, της τάξεως του 14,8% (9 ασθενείς) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν το στάδιο της πάθησης στο οποίο βρίσκονται.

Πίνακας 6.9

Στάδιο_άνοιας				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΡΧΙΚΟ	25	41,0	41,0	41,0
ΜΕΣΟ	26	42,6	42,6	83,6
Valid ΤΕΛΙΚΟ	1	1,6	1,6	85,2
ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	9	14,8	14,8	100,0
Total	61	100,0	100,0	

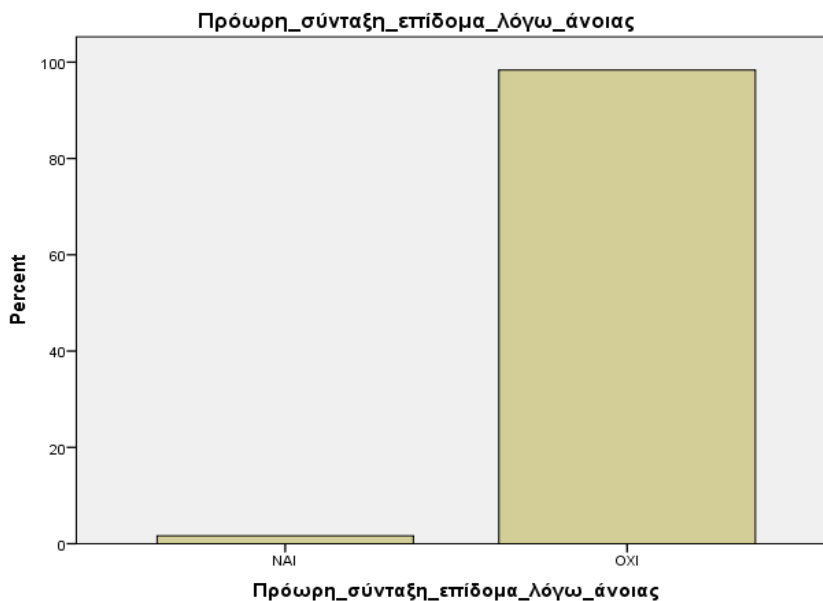


Διάγραμμα 6.9

Το παρακάτω ερώτημα είχε σκοπό να αποτυπώσει την προνιακή πολιτική που ασκεί το κράτος για τους ασθενείς με άνοια. Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν φαίνεται ξεκάθαρα ότι μόνο 1 ασθενείς από τους 61 συνολικά έχει πάρει σύνταξη ή κάποιο επίδομα λόγω της ασθένειάς του. Το ποσοστό αυτό κρίνεται ιδιαίτερα χαμηλό και αποτελεί δείγμα της κοινωνικής πολιτικής του ελληνικού κράτους. Σε απόλυτους αριθμούς έχουμε μόνο το 1,6% να έχει πάρει σύνταξη ή προνιακό επίδομα ενώ στον αντίποδα το 98,6% δεν του έχει χορηγηθεί καμία οικονομική βοήθεια λόγω της ασθένειάς του.

Πίνακας 6.10

Πρόωρη_σύνταξη_επίδομα_λόγω_άνοιας				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	1,6	1,6
	OXI	60	98,4	100,0
Total		61	100,0	100,0

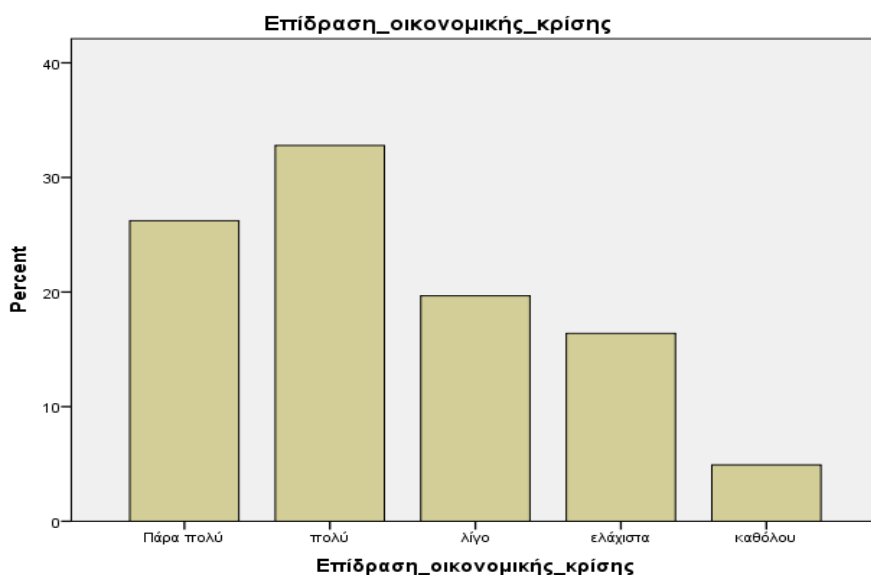


Διάγραμμα 6.10

Το επόμενο ερώτημα αφορούσε το κατά πόσο επηρέασε η οικονομική κρίση τους ασθενείς με άνοια. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, υπάρχει μεγάλη διασπορά απαντήσεων. Το 26,2% απάντησε ότι έχει επηρεαστεί στον μέγιστο βαθμό από την οικονομική κρίση, ενώ το 32,8% έχει επηρεαστεί πολύ και φαίνεται ότι είναι η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό. Λίγο δηλώνει το 19,7% και ελάχιστα 16,4%. Τέλος το 4,9% απήντησε πως δεν έχει επηρεαστεί καθόλου από την οικονομική κρίση. Αθροιστικά εμφανίζεται πώς το 59,00% έχει επηρεαστεί από πάρα πολύ έως πολύ, και το 41,00% από λίγο έως καθόλου.

Πίνακας 6.11

Επίδραση οικονομικής κρίσης				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	16	26,2	26,2	26,2
πολύ	20	32,8	32,8	59,0
λίγο	12	19,7	19,7	78,7
ελάχιστα	10	16,4	16,4	95,1
καθόλου	3	4,9	4,9	100,0
Total	61	100,0	100,0	

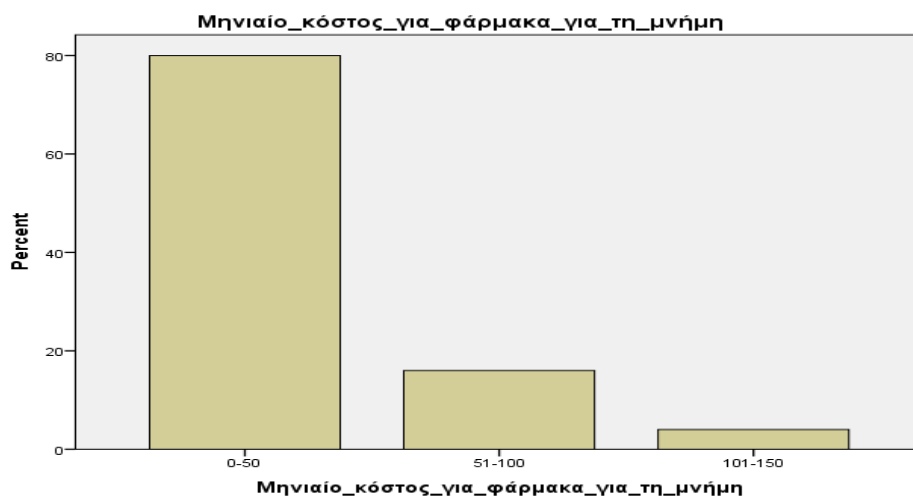


Διάγραμμα 6.11

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, έγινε συσχέτιση στο ερώτημα ποιο είναι το μηνιαίο κόστος για τα φάρμακα που δίνεται για την άνοια αναφορικά με το στάδιο της άνοιας το οποίο βρίσκεστε. Οι 25 ασθενείς βρίσκονται στο αρχικό στάδιο της άνοιας και δαπανούν σε ποσοστό 80,00% μέχρι 50,00 μηνιαίως. Το 16,00% διαθέτει από 51,00 έως 100,00€ για την φαρμακευτική του αγωγή, ενώ πέραν αυτού του ποσού μόλις το 4% των ερωτηθέντων. Κανένας ασθενής δεν απάντησε πως διαθέτει περισσότερο από 150,00€ μηνιαίως.

Πίνακας 6.12

Μηνιαίο κόστος για φάρμακα για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	20	80,0	80,0	80,0
51-100	4	16,0	16,0	96,0
101-150	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	



Διάγραμμα 6.12

Επιπρόσθετη συσχέτιση αφορούσε το μηνιαίο κόστος που δίνεται σε φάρμακα σε σχέση το στάδιο της άνοιας. Στο μέσο επίπεδο της άνοιας ανήκαν 26 ασθενείς, και οι απαντήσεις που δόθηκαν διαφοροποιούνται σαφώς λόγω της επαυξημένης κατάστασης της υγείας τους. Αναλυτικότερα το 61,5% διαθέτει έως 50,00€ μηνιαίως για φαρμακευτική δαπάνη, το 30,8% δαπανά μεταξύ 51,00-100,00€ και το 3,8% από 101,00-150,00€ μηνιαίως. Για πρώτη φορά εμφανίζεται ότι πέραν των 151,00€ δίνει χρήματα για φάρμακα σε ποσοστό 3,8%.

Πίνακας 6.13

Μηνιαίο κόστος για φάρμακα για τη μνήμη

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	16	61,5	61,5	61,5
51-100	8	30,8	30,8	92,3
Valid 101-150	1	3,8	3,8	96,2
151+	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	



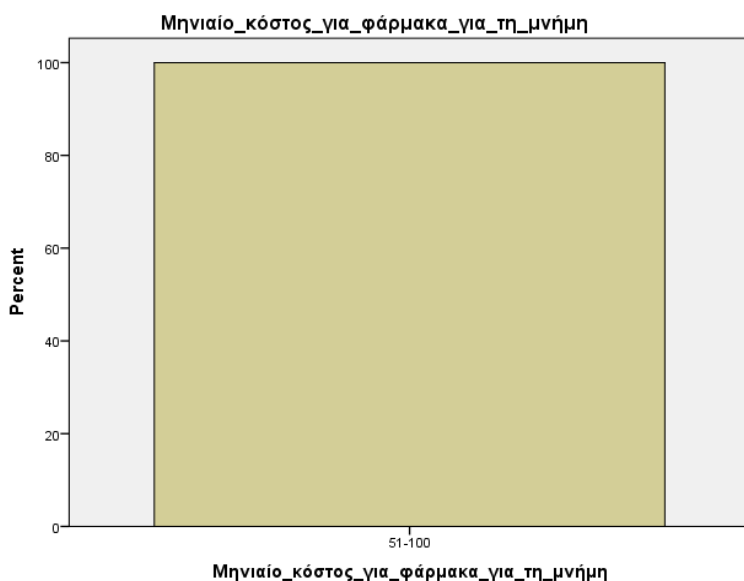
Διάγραμμα 6.13

Στο παρακάτω διάγραμμα περιλαμβάνονται οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της άνοιας, στο οποίο δεν ανήκει μεγάλο του δείγματος και γι αυτό δεν είναι απολύτως αντιπροσωπευτικό. Ο ένα ασθενείς που συμπεριλαμβάνεται στην συγκεκριμένη κατηγορία απάντησε ότι δαπανά μηνιάως από 51,00 μέχρι 100,00€ για την φαρμακευτική του αγωγή.

Πίνακας 6.14

Μηνιαίο κόστος για φάρμακα για τη μνήμη

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 51-100	1	100,0	100,0	100,0



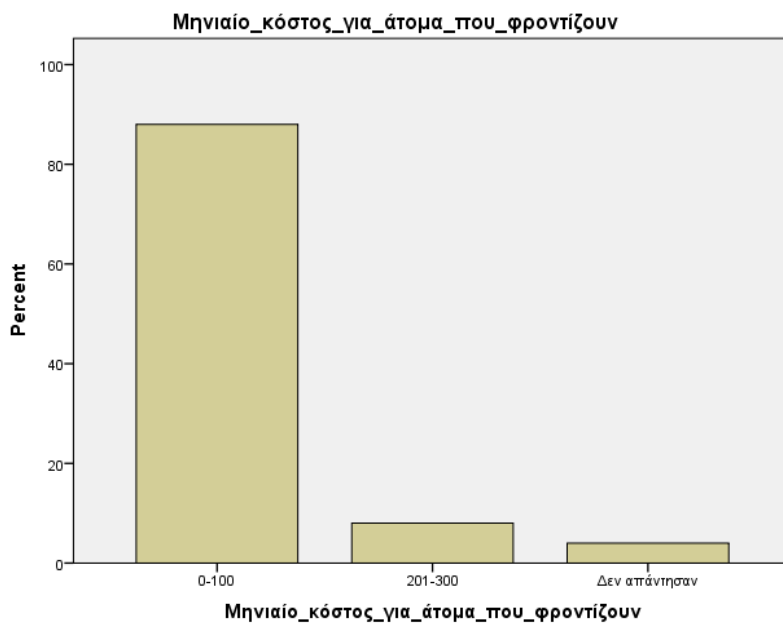
Διάγραμμα 6.14

Στο παρακάτω διάγραμμα γίνεται συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της άνοιας και του μηνιαίου κόστους για την φροντίδα του ασθενούς. Στο αρχικό στάδιο της άνοιας ανήκουν 25 ασθενείς και απάντησαν πως καταβάλουν μηνιαώς σε νοσοκόμες, νοσηλευτες , αποκλειστικές κλπ. από 0 έως 100,00€ σε ποσοστό 88,00%, ενώ από 101,00 μέχρι 200,00€ δεν υπήρξαν απαντήσεις, για το διάστημα από 201,00-300,00€ ανήκει το 8,00% των ερωτηθέντων και υπήρξε ένας ασθενής που δεν απάντησε καθόλου στο συγκεκριμένο ερώτημα(ποσοστό 4,00%).

Πίνακας 6.15

Μηνιαίο κόστος για άτομα που φροντίζουν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-100	22	88,0	88,0	88,0
201-300	2	8,0	8,0	96,0
Δεν απάντησαν	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

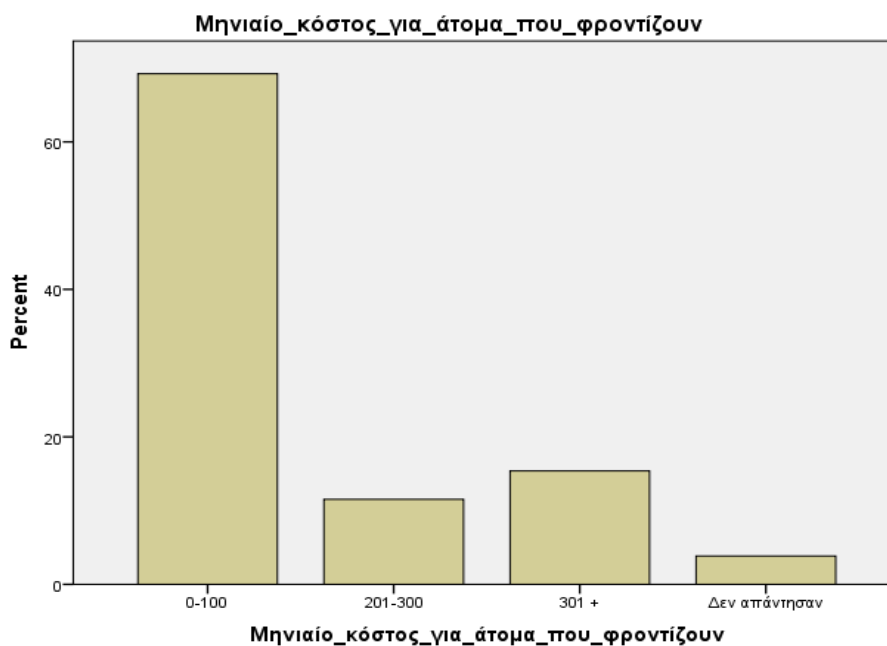


Διάγραμμα 6.15

Στο επόμενο διάγραμμα γίνεται συσχετισμός ανάμεσα στο μέσο επίπεδο της άνοιας (n=26) των ασθενών και στο κόστος που καταβάλουν για την μηνιαία φροντίδα τους, Το 69,2% (ήτοι 18 ασθενείς) δαπανούν από 0-100,00€ , ενώ για ποσά από 101,00-200,00€ δεν υπήρχαν απαντήσεις, στο διάστημα από 201-300,00€ εμφανίζεται ποσοστό 11,5% των ασθενών, και από 301,00 και πάνω ποσοστό 15,4%. Στο συγκεκριμένο ερώτημα δεν έδωσε απάντηση το 3,8%.

Πίνακας 6.16

Μηνιαίο κόστος για άτομα που φροντίζουν				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-100	18	69,2	69,2	69,2
201-300	3	11,5	11,5	80,8
Valid 301 +	4	15,4	15,4	96,2
Δεν απάντησαν	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	



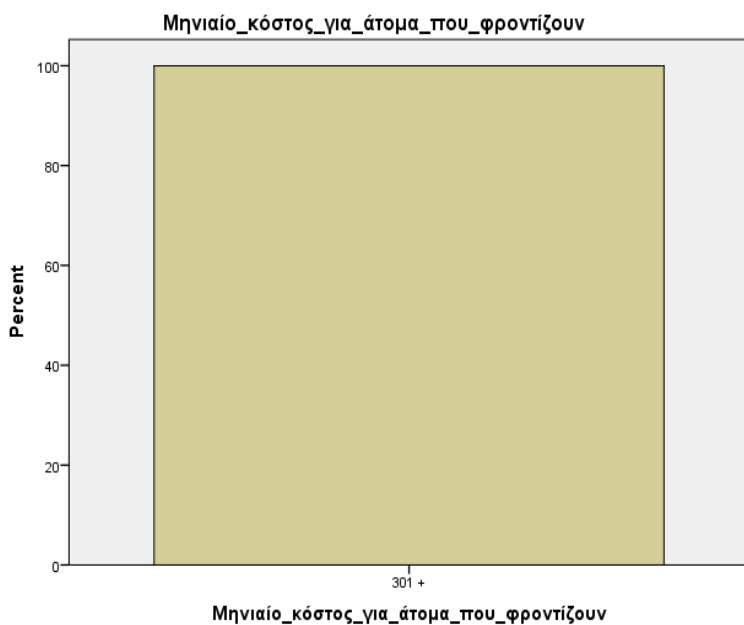
Διάγραμμα 6.16

Στην συγκεκριμένη κατηγορία εμφανίζεται ένας ασθενείς με άνοια τελικού σταδίου, το μηνιαίο κόστος που δαπανά ο ίδιος ή οικογένεια του για την φροντίδα του από εξειδικευμένο προσωπικό μηνιαίως ανέρχεται από 300,00€ και πλέον. Είναι σαφές πως όσο η ασθένεια εξελίσσεται τόσο αυξάνεται το μηνιαίο κόστος για την φροντίδα των ασθενών με άνοια.

Πίνακας 6.17

Μηνιαίο κόστος για άτομα που φροντίζουν

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 301 +	1	100,0	100,0	100,0

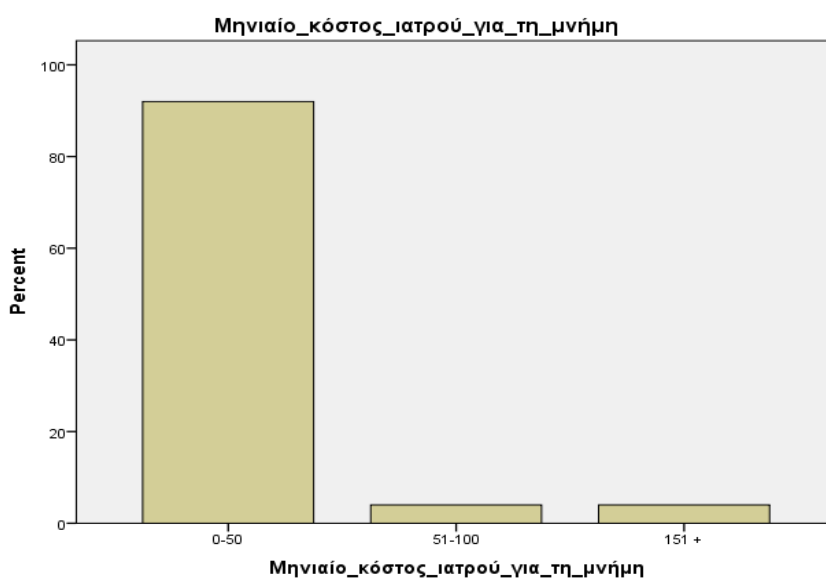


Διάγραμμα 6.17

Στην επόμενη ερώτηση μελετήθηκε, το μηνιαίο κόστος που δαπανάται για την ιατρική περίθαλψη των ασθενών σε σχέση με το αρχικό στάδιο της άνοιας. Το 92,00% των ασθενών ξοδεύει μηνιαία μεταξύ 0-50,00€ για ιατρική περίθαλψη. Αντίστοιχα το 4,00% αυτών διαθέτει από 51,00-100,00€ για ιατρική δαπάνη και εμφανίζεται το ίδιο ποσοστό για ποσά από 151,00€ μηνιαίως και παραπάνω. Για το διάστημα μεταξύ 101,00-150,00€ δεν δόθηκε καμία απάντηση.

Πίνακας 6.18

Μηνιαίο κόστος ιατρού για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-50	23	92,0	92,0	92,0
51-100	1	4,0	4,0	96,0
151 +	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

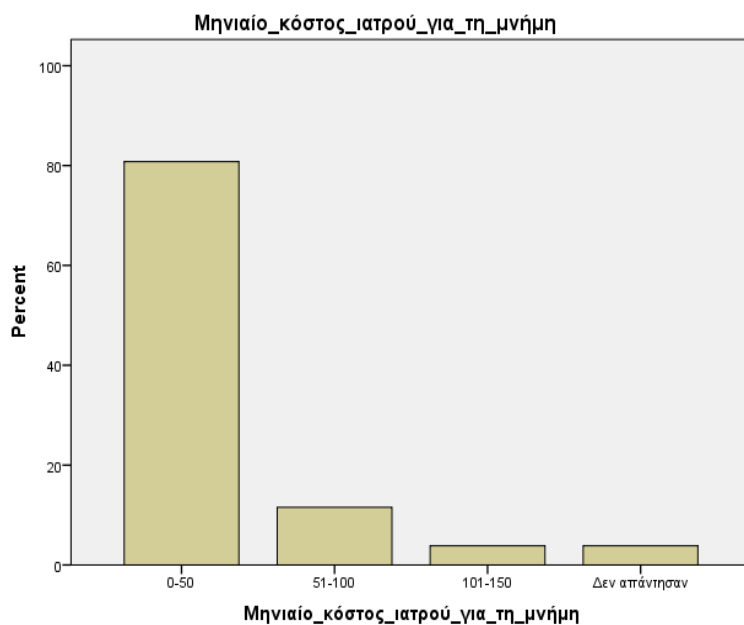


Διάγραμμα 6.18

Όσον αφορά το μέσο στάδιο της άνοιας οι ασθενείς απάντησαν πως δαπανούν 80,8% μηνιαίως για ιατρική περίθαλψη ποσά έως 50,00€, σε συνέχεια 11,5% του δείγματος των ασθενών καταβάλει μηνιαίως ποσά μεταξύ 51,00-100,00€, ενώ τέλος από 101,00-150,00€ των ερωτηθέντων συνατήθηκε σε ποσοστό 3,8%. Δεν έδωσε απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα το 3,8% των ασθενών.

Πίνακας 6.19

Μηνιαίο κόστος ιατρού για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	21	80,8	80,8	80,8
51-100	3	11,5	11,5	92,3
Valid 101-150	1	3,8	3,8	96,2
Δεν απάντησαν	1	3,8	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

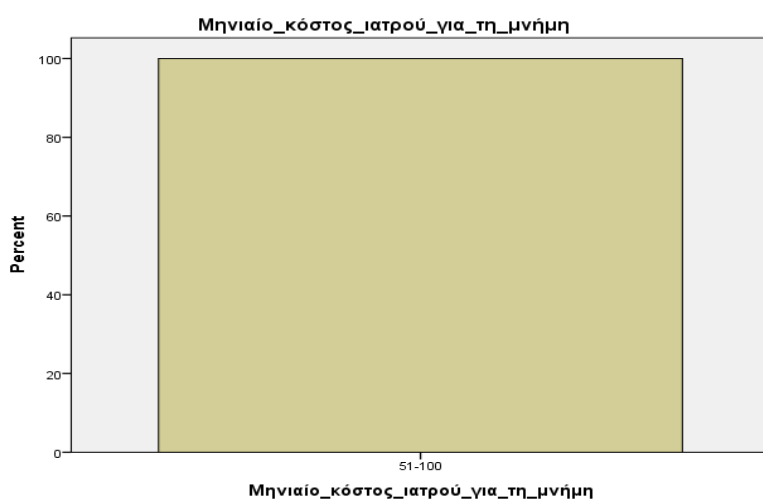


Διάγραμμα 6.19

Στο τελικό στάδιο της άνοιας η δαπάνη που δίνει ο ασθενής μηνιαία για την ιατρική του περίθαλψη είναι από 51,00-100,00€. Φρόνιμο είναι να αναφερθεί πως στην συγκεκριμένη κατηγορία εμφανίζεται μόνο ένας ασθενής σε τελικό στάδιο άνοιας.

Πίνακας 6.20

Μηνιαίο κόστος ιατρού για τη μνήμη					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	51-100	1	100,0	100,0	100,0



Διάγραμμα 6.20

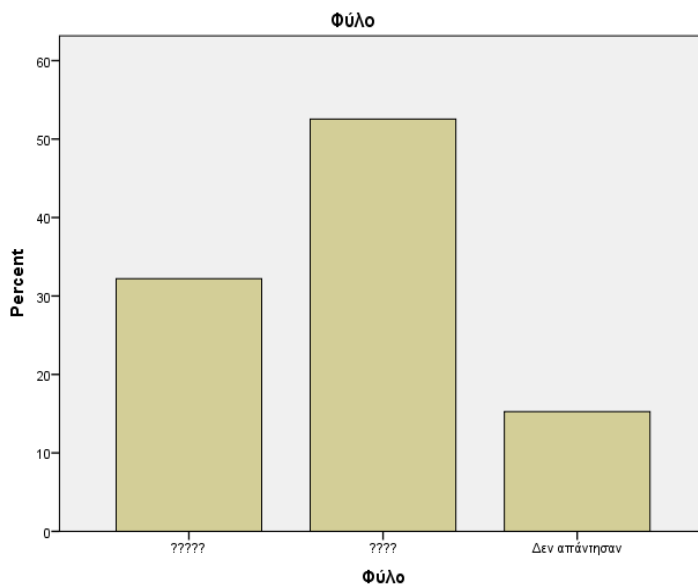
6.4 Αποτελέσματα και διαγράμματα ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή

Το συνολικό δείγμα των ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή στη μελέτη, αφορούσε 59 άτομα (n=59).

Από τα 59 άτομα που απάντησαν 19 ήταν άντρες και 31 γυναίκες. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε και διαγραμματικά το 32,2% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 52,5% γυναίκες. Στο συγκεκριμένο ερώτημα δεν έδωσε απάντηση το 15,3% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.21

Φύλο				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Αρρεν	19	32,2	32,2	32,2
Θήλυ	31	52,5	52,5	84,7
Δεν απάντησαν	9	15,3	15,3	100,0
Total	59	100,0	100,0	

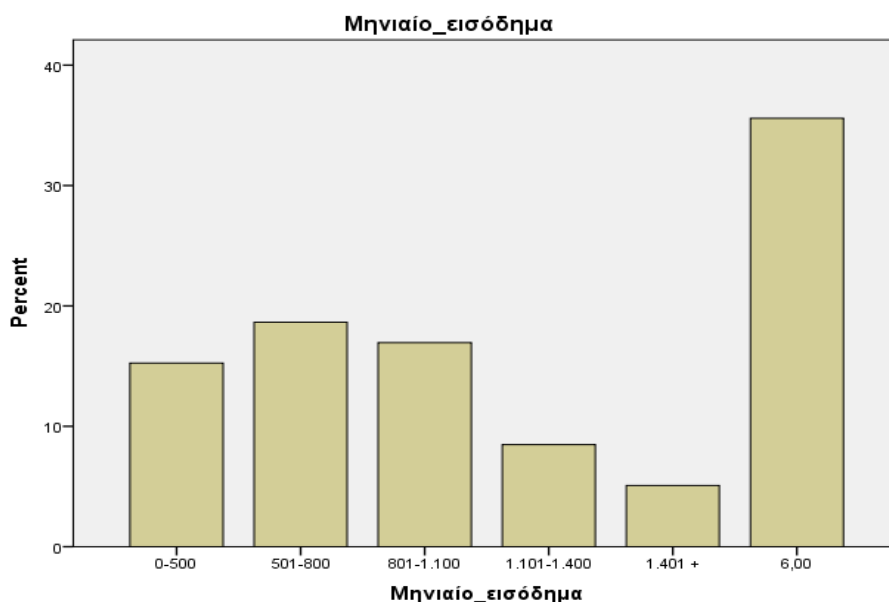


Διάγραμμα 6.21

Το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών με ήπια νοητική διαταραχή αναλύεται ως εξής. Από εισόδημα 0-500,00€ είναι το 15,3%, από 501-800,00€ είναι συνολικό ποσοστό του δείγματος 18,6% , για διάστημα 801-1.100,00€ ανήκει το 16,9% , ενώ το 8,5% των ερωτηθέντων βρίσκεται ανάμεσα στην κλίμακα 1.101-1.400,00€ και τέλος πάνω από 1.401,00€ ανήκει μόλις το 5,1% των συμμετεχόντων της ερευνάς μας. Στην συγκεκριμένη ερώτηση δεν έδωσε απάντηση το 35,6%. Λόγο ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων δεν ήταν υποχρεωτική η απάντηση της ερώτησης αυτής.

Πίνακας 6.22

Μηνιαίο εισόδημα				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-500	9	15,3	15,3	15,3
501-800	11	18,6	18,6	33,9
801-1.100	10	16,9	16,9	50,8
Valid 1.101-1.400	5	8,5	8,5	59,3
1.401 +	3	5,1	5,1	64,4
N/A (6,00)	21	35,6	35,6	100,0
Total	59	100,0	100,0	

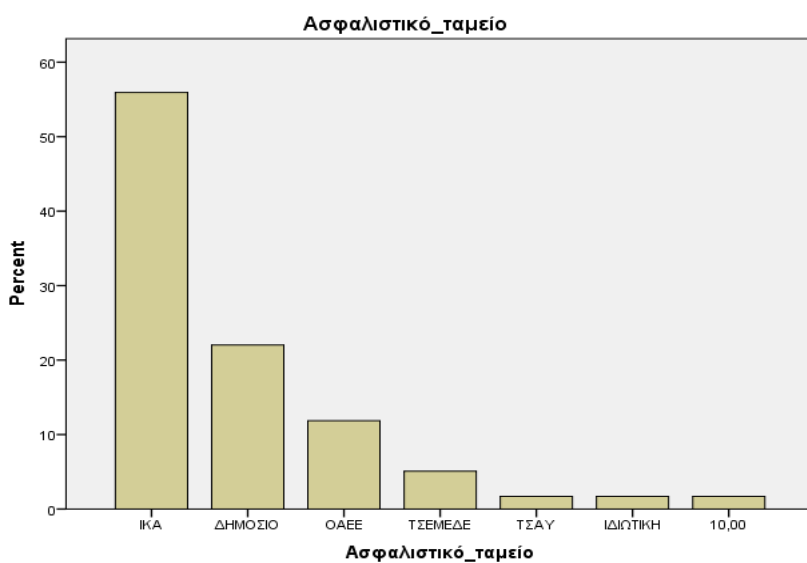


Διάγραμμα 6.22

Όσον αφορά το ταμείο ασφάλισης, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 55,9% , έπεται ακολούθως το ταμείο του δημοσίου με ποσοστό 22,0% . Το ασφαλιστικό ταμείο των ελευθέρων επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) εμφανίζεται τρίτο με ποσοστό 11,90% το ΤΣΕΜΕΔΕ είναι τέταρτο στην διαγραμματική μας απεικόνιση με ποσοστό 5,1% , το ταμείο συναξιοδοτήσεως ασφαλίσεων υγειονομικών αντίστοιχα με ποσοστό 1,7% καθώς και η ιδιωτική ασφάλιση με το ίδιο ποσοστό, ενώ το 1,7% δεν έδωσε απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 6.23

Ασφαλιστικό ταμείο					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	IKA	33	55,9	55,9	55,9
	ΔΗΜΟΣΙΟ	13	22,0	22,0	78,0
	ΟΑΕΕ	7	11,9	11,9	89,8
	ΤΣΕΜΕΔΕ	3	5,1	5,1	94,9
	ΤΣΑΥ	1	1,7	1,7	96,6
	ΙΔΙΩΤΙΚΗ	1	1,7	1,7	98,3
	N/A (10,00)	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

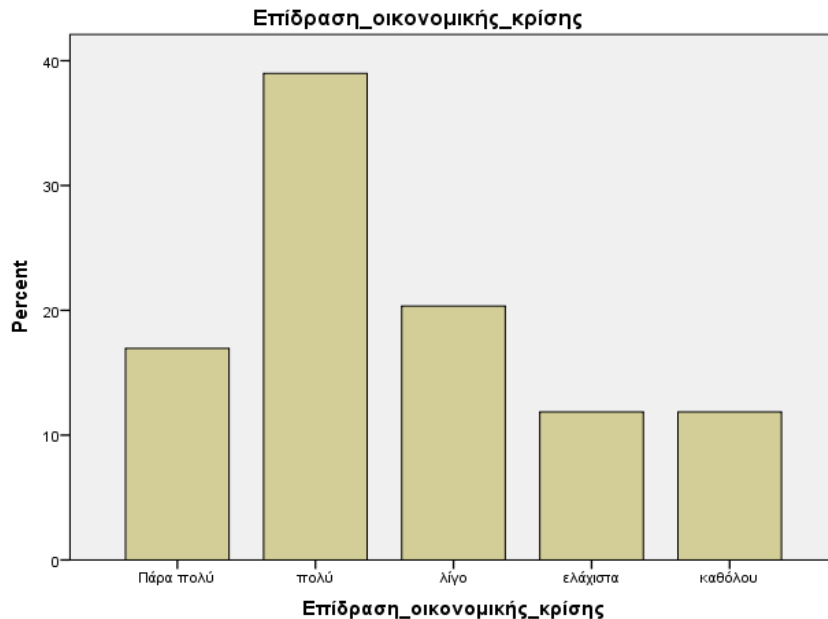


Διάγραμμα 6.23

Όσον αφορά την επίδραση της οικονομικής κρίσης στα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή, οι απαντήσεις που δόθηκαν αποτυπώνονται στον παραπάνω πίνακα και εμφανίζονται χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις, με εξαίρεση την απάντηση «πολύ» όπου δηλώνεται με μεγαλύτερο ποσοστό. Το 16,90% απάντησε ότι έχει επηρεαστεί στον μέγιστο βαθμό, ενώ το 39,00% έχει επηρεαστεί πολύ . λίγο δηλώνει το 20,3% ,ελάχιστα και καθόλου δηλώνει το 11,90% αντίστοιχα.

Πίνακας 6.24

Επίδραση οικονομικής κρίσης				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	10	16,9	16,9	16,9
πολύ	23	39,0	39,0	55,9
λίγο	12	20,3	20,3	76,3
ελάχιστα	7	11,9	11,9	88,1
καθόλου	7	11,9	11,9	100,0
Total	59	100,0	100,0	

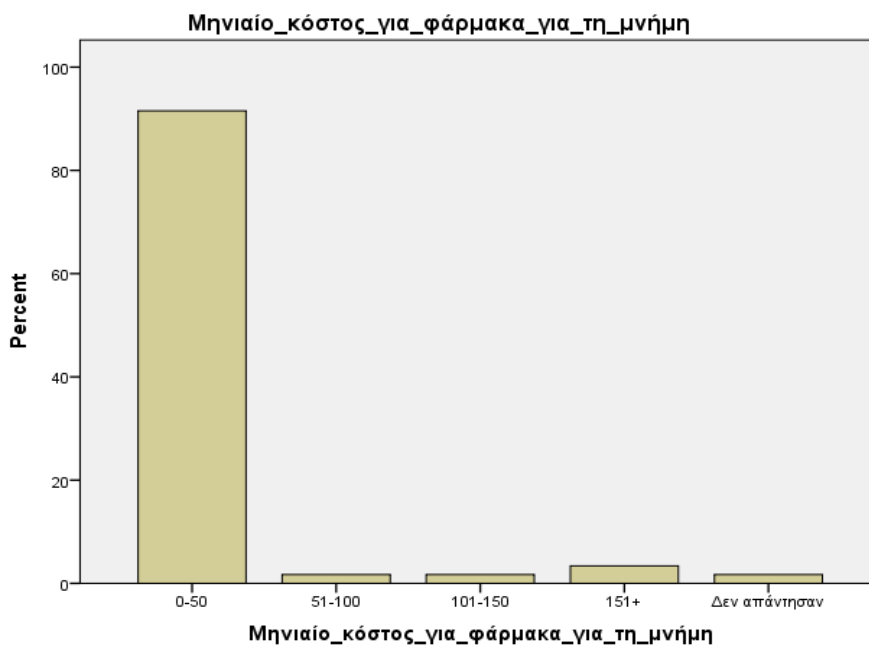


Διάγραμμα 6.24

Το μηνιαίο κόστος για την φαρμακευτική δαπάνη των ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή εμφανίζεται με την υψηλότερη συγκέντρωση στο διάστημα του ποσό από 0-50,00€ σε ποσοστό 91,5%, μόνο το 1,7% απάντησε πως διαθέτη για φάρμακα ποσά από 51-100,00 και 101-150,00€ αντίστοιχα. Ενώ το 3,4% απήντησε πως διαθλετη μηνιαίως χρήματα περισσότερα από 151,00€. Στην συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησε το 1,70%.

Πίνακας 6.25

Μηνιαίο κόστος για φάρμακα για τη μνήμη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	54	91,5	91,5	91,5
51-100	1	1,7	1,7	93,2
101-150	1	1,7	1,7	94,9
151+	2	3,4	3,4	98,3
Δεν απάντησαν	1	1,7	1,7	100,0
Total	59	100,0	100,0	

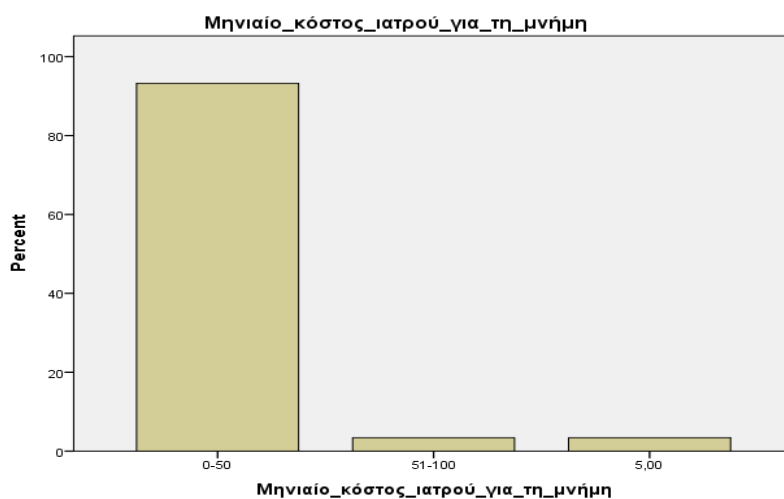


Διάγραμμα 6.25

Στην επόμενη ερώτηση διερευνάται το κόστος που δίνεται από τα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή για επίσκεψη στον ιατρό για προβλήματα μνήμης. Όπως απεικονίζεται και στο παρακάτω διάγραμμα, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων δαπανούν 0-50,00€ ενώ μόλις με ένα ισχνό ποσοστό 3,4% δαπανά χρήματα από 51-100,00 μηνιαίως για την ιατρική του κάλυψη μηνιαίως. Στην συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησε το 3,4% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.26

Μηνιαίο κόστος ιατρού για τη μνήμη				
	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	55	93,2	93,2	93,2
Valid 51-100	2	3,4	3,4	96,6
N/A (5,00)	2	3,4	3,4	100,0
Total	59	100,0	100,0	

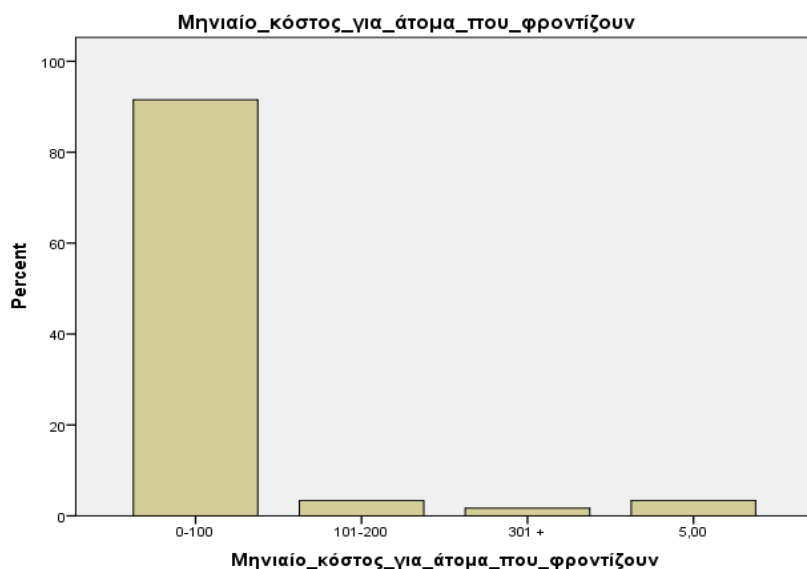


Διάγραμμα 6.26

Το παρακάτω ερώτημα αφορά στο κόστος που δαπανάται σχετικά με νοσοκόμους-νοσηλεύτες και λοιπό προσωπικό από τους ανθρώπους με ήπια νοητική διαταραχή. Όπως προκύπτει από την έρευνά μας το 91,5% των ασθενών δαπανά έως 100,00€ για την μηνιαία φροντίδα τους. Αντίστοιχα, 101,00-200,00€ δαπανά το 3,4% των ερωτηθέντων και πάνω από 300,00€ ξοδεύει το 1,7%. Δεν απήντησε στο ερώτημα αυτό το 3,3% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.27

Μηνιαίο κόστος για άτομα που φροντίζουν				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-100	54	91,5	91,5	91,5
101-200	2	3,4	3,4	94,9
Valid 301 +	1	1,7	1,7	96,6
N/A(5,00)	2	3,4	3,4	100,0
Total	59	100,0	100,0	

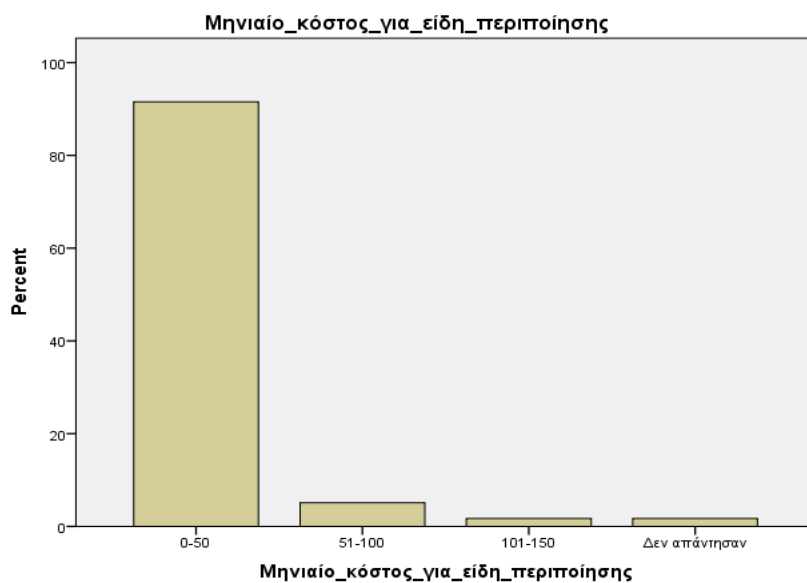


Διάγραμμα 6.27

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα αποτυπώνεται το μηνιαίο κόστος των αναλωσίμων ειδών όπως σεντόνια, πάνες, υποστρώματα των ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή. Και σε αυτό το ερώτημα το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (91,5%) δήλωσε πως δαπανά μέχρι 50,00 € για το συγκεκριμένο έξοδο, ενώ το 5,1% δαπανά 51,00-100,00€ και το 1,7% κινείται στο εύρος ποσού 101,00-150,00€. Δεν έδωσε απάντηση στο ερώτημα το 1,7% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.28

Μηνιαίο κόστος για είδη περιποίησης				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-50	54	91,5	91,5	91,5
51-100	3	5,1	5,1	96,6
Valid 101-150	1	1,7	1,7	98,3
Δεν απάντησαν	1	1,7	1,7	100,0
Total	59	100,0	100,0	

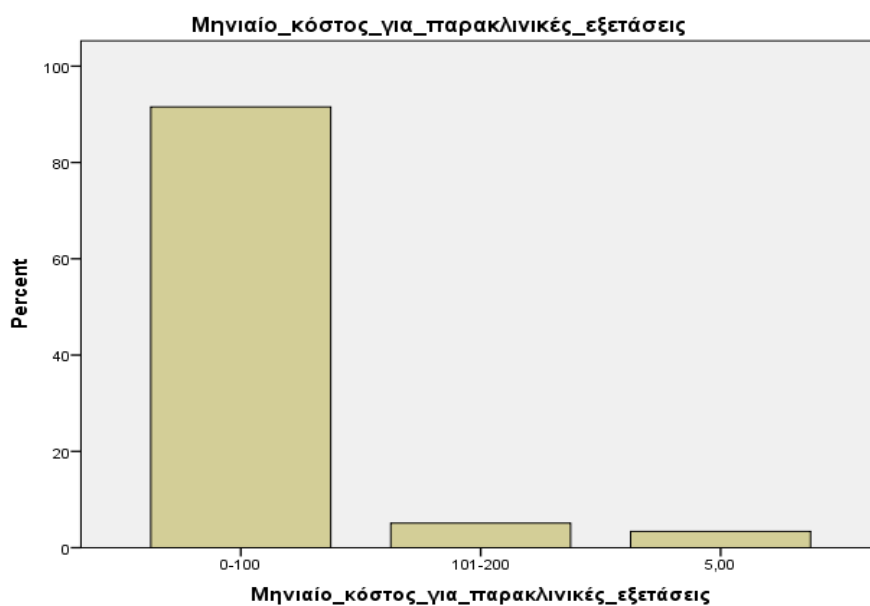


Διάγραμμα 6.28

Ως παρακλινικές εξετάσεις νοούνται οι βιοχημικές εξετάσεις, τα εγκεφαλογραφήματα, οι ακτινογραφίες κλπ. Οι 54 εκ των 59 ερωτηθέντων (91,5%) απάντησαν πως δαπανούν έως 100,00€ για παρακλινικές εξετάσεις, 3 από τους 59 (5,1%) δαπανούν 101,00-200,00€ σε μηνιαία βάση. Δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα 2 ασθενείς ποσοστό 3,4%.

Πίνακας 6.29

Μηνιαίο κόστος για παρακλινικές εξετάσεις				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-100	54	91,5	91,5	91,5
101-200	3	5,1	5,1	96,6
N/A(5,00)	2	3,4	3,4	100,0
Total	59	100,0	100,0	

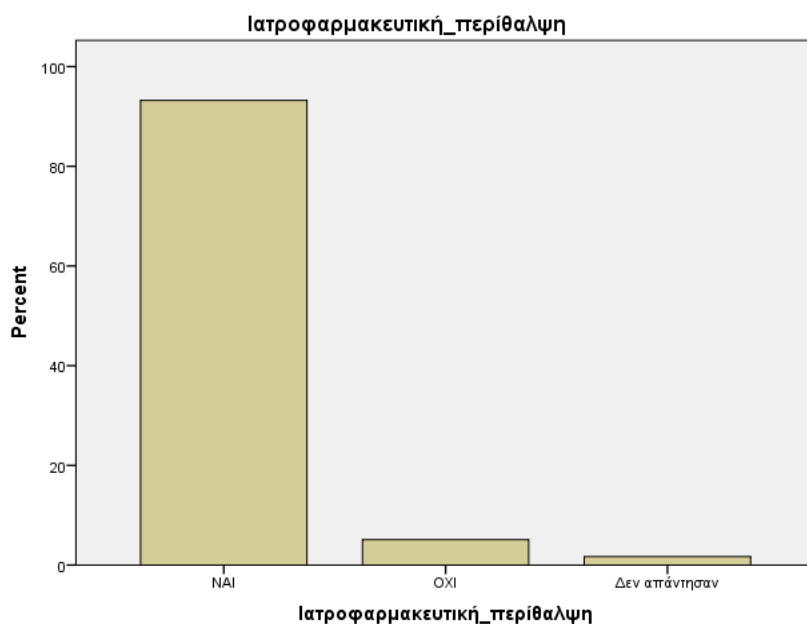


Διάγραμμα 6.29

Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνονται οι απαντήσεις του ερωτήματος για την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή. Στο συνολικό δείγμα των 59 ατόμων το 93,2% των ερωτηθέντων(ήτοι 55 άτομα) απάντησαν που διαθέτουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ στον αντίποδα μόλις το 5,1% (ήτοι 3 άτομα) δεν έχουν πρόσβαση. Δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα μόλις το 1,7% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 6.30

Ιατροφαρμακευτική_περίθαλψη				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	55	93,2	93,2
	ΟΧΙ	3	5,1	98,3
	Δεν απάντησαν	1	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0



Διάγραμμα 6.30

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως ραγδαία αύξηση των ψυχικά πασχόντων. Για τον λόγο αυτό δημιουργήθηκε η ανάγκη θέσπισης ενός ολοκληρωμένου σχεδίου δράσης για την αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και την βελτίωση του επιπέδου ζωής των πασχόντων με άνοια. Οι σύγχρονες μέθοδοι της ψυχιατρικής επιτάσσουν την αποασυλοποίηση των ψυχικά πασχόντων και την ένταξή τους σε αναβαθμισμένες δομές υγείας, οι οποίες είναι πλήρως στελεχωμένες με εξειδικευμένο προσωπικό και σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή, ικανές να προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες και παροχές υγείας στους ψυχικά ασθενείς. Με βάση αυτή τη λογική η Ευρωπαϊκή Ένωση θέσπισε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για την καθολική εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε όλα τα κράτη-μέλη, δημιουργώντας και χρηματοδοτώντας την λειτουργία των σύγχρονων αυτών μονάδων.

Η χώρα μας στα εναρμόνισης με την κοινοτική οδηγία δημιούργησε το σχέδιο Ψυχαργός το 2007, το οποίο αποτελεί την πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια για την αναβάθμιση των δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το συγκεκριμένο σχέδιο είχε απτά αποτελέσματα που βοήθησαν τόσο τους ψυχικά ασθενείς όσο και τους περιθάλποντες αυτών. Θέλοντας να μειώσει το κόστος λειτουργίας των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, δημιούργησε Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στα οποία ανέθεσε την περίθαλψη του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των ψυχικά ασθενών.

Η παρούσα εργασία χρησιμοποιώντας ως δείκτες αναφοράς κατά κύριο λόγο το διαθέσιμο εισόδημα των ασθενών με άνοια και των ατόμων με ήπια διανοητική διαταραχή, ερευνά τις μηνιαίες δαπάνες που διαθέτουν για την κάλυψη των αναγκών της ασθένειάς τους και τις συσχετίζει με το επίπεδο της άνοιας στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Αναμφίβολα, η οικονομική κρίση και η υποχρηματοδότηση των δομών υγείας έχουν αυξήσει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ψυχικά ασθενών.

Όσον αφορά την παρούσα μελέτη, από τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας μας φαίνεται ότι στο δείγμα μας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι γυναίκες. Το γεγονός αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Letenneur, και συν., 1999), αφού παγκοσμίως φαίνεται πως οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Ένα άλλο ερώτημα της μελέτης αφορούσε το αν οι ασθενείς με άνοια έχουν ασφαλιστική κάλυψη και κατά πόσο παίρνουν κάποιο προνοιακό επίδομα. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι στο δείγμα μας, οι ασθενείς με άνοια στο μεγαλύτερο ποσοστό, είχαν ασφαλιστική κάλυψη και κατά κύριο λόγο δεν έχουν λάβει πρόωρη συνταξιοδότηση ή κάποιο προνοιακό επίδομα λόγω της ασθένειάς τους. Το γεγονός αυτό πιθανόν να αντανακλά το μικρό δείγμα της μελέτης μας

και ιδιαίτερα όσον αφορά το στάδιο της άνοιας, αφού, μόνο ένα άτομο είχε διαγνωστεί με σοβαρή άνοια, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε ασθενείς μεσαίου και ήπιου σταδίου. Είναι πιθανόν λοιπόν οι συγγενείς ασθενών με ήπιου και μέσου σταδίου άνοιας να μην καταφεύγουν σε κινητοποίηση της διαδικασίας για την χορήγηση επιδόματος, πράγμα που σημαίνει ότι ενδεχομένως να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών τους. Μια ακόμη πιο πιθανή εξήγηση πιθανόν να σχετίζεται με κωλυσιεργία του συστήματος υγείας, όσον αφορά την έκδοση προνοιακού επιδόματος με αποτέλεσμα ελάχιστοι περιθάλποντες να μπαίνουν στη διαδικασία αναζήτησης επιπρόσθετης οικονομικής βοήθειας. Επιπρόσθετα, αρκετά μεγάλο μέρος των ασθενών δε δικαιούνται βάση των νέων νομοθετικών ρυθμίσεων το προνοιακό επίδομα για την άνοια, με αποτέλεσμα να μην μπαίνουν καν στον κόπο να κινητοποιήσουν τη διαδικασία. Όσον αφορά με το αν η κρίση έχει επηρεάσει την οικονομική τους κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (59%) αναφέρει ότι έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση από πάρα πολύ έως πολύ, γεγονός απόλυτα εύλογο αν σκεφτεί κανείς ότι τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζουν μείωση των συντάξεων.

Ένα άλλο ερώτημα αφορούσε τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του σταδίου της άνοιας και των απαιτούμενων δαπανών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φαίνεται πως το μηνιαίο κόστος για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυξάνεται παράλληλα με την εξέλιξη της νόσου. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία δείχνει αύξηση του καθαρού κόστους όσο η άνοια εξελίσσεται (Leicht, και συν., 2011). Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη μελέτη μας, στο αρχικό στάδιο της άνοιας οι συνολικές δαπάνες για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα κυμαίνονται στο πρώτο διάστημα του ερωτηματολογίου δηλαδή, από 50,00 έως 100,00 € αντίστοιχα, ποσοστό από 80% έως 92%. Στο μέσο στάδιο της ασθένειας βλέπουμε ότι τα αντίστοιχα ποσοστά κινούνται μειούμενα από 61,5% έως 80,8% και υπάρχει αυξητική τάση στα επόμενα διαστήματα του ερωτηματολογίου (100,00 και 200,00 €). Ενώ, στο τελικό στάδιο της άνοιας υπάρχει μία κατακόρυφη αύξηση στο συνολικό κόστος περίθαλψης καταδεικνύοντας απαντήσεις στα ανώτατα διαστήματα του ερωτηματολογίου. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί επίσης με τη διεθνή βιβλιογραφία (Schwarzkopf, και συν., 2011). Πέραν της αυξητικής πορείας των προσωπικών εξόδων για την κάλυψη των δαπανών της νόσου, ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ασθενής, υπάρχει και μία παράλληλη αύξηση της συμμετοχής του κράτους στις δαπάνες για την περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων.

Αναφορικά με τα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων (93,5%) έχει πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική

περίθαλψη και το μηνιαίο διαθέσιμο εισόδημά τους εμφανίζει μεγαλύτερη διασπορά από ότι οι ασθενείς με άνοια καθώς, το 50,8% των ερωτηθέντων διαθέτει μηνιαίο εισόδημα έως 1100,00 €. Όσον αφορά τις δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, είδη περιποίησης, παρακλινικές εξετάσεις και φροντίδα, αυτές κυμαίνονται στη μικρότερη κλίμακα του ερωτηματολογίου (50,00 και 100,00 € αντίστοιχα) δηλαδή σε χαμηλότερα ποσοστά από ότι οι ασθενείς με άνοια, ανεξαρτήτως σταδίου άνοιας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν υπάρχουν μελέτες που να συσχετίζουν την ήπια νοητική διαταραχή με το αυξημένο κόστος περίθαλψης. Το συγκεκριμένο εύρημα μας είναι εύλογο από τη στιγμή που τα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή είναι ανεξάρτητα, δεν λαμβάνουν κατά κύριο λόγο φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των μνημονικών τους ελλειμμάτων, και συνήθως δεν δαπανούν μέρος του εισοδήματός τους για είδη περιποίησης και περίθαλψης, αλλά ούτε και είναι απαραίτητο να επισκέπτονται τον ειδικό ιατρό για τα προβλήματα μνήμης σε μηνιαία βάση. Η δημοσιονομική κρίση που εμφανίστηκε στην Ελλάδα από το 2009 έχει σαφώς επηρεάσει τα άτομα με ήπια νοητική διαταραχή, από πάρα πολύ έως πολύ, σε ποσοστό 55,9%, όπως άλλωστε υποθέτουμε ότι έχει επηρεάσει και τη ζωή των ηλικιωμένων στο σύνολό τους, από τη στιγμή που υπάρχει μείωση του διαθέσιμου εισοδήματός τους. Οι ασθενείς με άνοια αντίστοιχα, φαίνεται ότι έχουν επηρεαστεί σε μεγαλύτερο ποσοστό από την οικονομική κρίση καθώς από τη μια πλευρά μειώνεται το διαθέσιμο μηνιαίο εισόδημα τους, λόγω της κρίσης, ενώ από την άλλη πλευρά αυξάνονται οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της νόσου.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, φαίνεται ότι οι ασθενείς με άνοια είναι μια πληθυσμιακή ομάδα με αυξημένες ιατρικές ανάγκες. Όσο μάλιστα εξελίσσεται το στάδιο της άνοιας, τόσο οι ανάγκες μεγαλώνουν. Προτείνουμε την προνοιακή τους επιδότηση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες που δημιουργούνται εξαιτίας της νόσου Alzheimer και άλλων συναφών διαταραχών καθώς και τον επαναπροσδιορισμό του υπάρχοντος συστήματος αξιολόγησης της αναπηρίας από τις υπάρχουσες επιτροπές. Η μεγαλύτερη μεθοδικότητα και οργάνωση στον τρόπο λειτουργίας των ολοκληρωμένων κέντρων υποστήριξης ατόμων με άνοια, και τακτική χρηματοδότηση των μονάδων αντιμετώπισης της, καθώς και η δημιουργία νέων μονάδων σε κάθε νομό της ελληνικής επικράτειας, πιθανόν να βοηθήσει στην εύκολη πρόσβαση και φροντίδα των συγκεκριμένων ατόμων. Παράλληλα, καλό θα ήταν να υπάρξει αύξηση του ποσοστού κάλυψης της φαρμακευτικής δαπάνης που αναγνωρίζεται από το κράτος για φαρμακευτική αγωγή και παρακλινικές εξετάσεις, καθώς και σε είδη περιποίησης.

Βιβλιογραφία

- Leicht, H., Heinrich, S., Heider, D., Bachmann, C., Bickel, H., van den Bussche, H., ... & Pentzek, M. (2011). Net costs of dementia by disease stage. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 384-395.
- Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J. M., & Dartigues, J. F. (1999). Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease Incidence data from the PAQUID project. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(2), 177-183.
- Schwarzkopf, L., Menn, P., Kunz, S., Holle, R., Lauterberg, J., Marx, P., ... & Graessel, E. (2011). Costs of care for dementia patients in community setting: an analysis for mild and moderate disease stage. *Value in Health*, 14(6), 827-835.
- Κυριόπουλος, Ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2001
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο δράσης, Αθήνα 2011
- Κουσουλάκου και Βίτσου , Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, 2008
- Σούλης, Οικονομικά της υγείας, εκδόσεις Παπαζήση 1998
- Οικονόμου Αθηνά, Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές διαστάσεις στην κατάσταση της υγείας, διδακτορική διατριβή 2008
- Υφαντόπουλος, Τα οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και πολιτική, 2003 και 2006
- WAMALA, Sarah P.; WOLK, Alicja; ORTH-GOMÉR, Kristina. Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged Swedish women. *Preventive medicine*, 1997, 26.5: 734-744.
- METCALFE, Clive; THOMAS, Jim A. Kinetically inert transition metal complexes that reversibly bind to DNA. *Chemical Society Reviews*, 2003, 32.4: 215-224.
- FERRIE, Jane E., et al. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *Bmj*, 1995, 311.7015: 1264-1269.
- Ιωακείμογλου 2010, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ
- Theodossiou , The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being, 1998, 81-104