



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΤΗΣ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ "ΓΑΛΙΛΑΙΑ".

Υπό

Ηλία Π. Παντελίδη

Χειρουργού Οφθαλμιάτρου

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Οικονομολόγος Υγείας, Μέλος ΣΕΠ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Δρ. ΡΑΪΚΟΥ ΜΑΡΙΑ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΑΘΗΝΑ 2021



**SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
POSTGRADUATE MASTER COURSE
«HEALTH CARE MANAGEMENT Msc»**

Master Thesis

Public Funding and Financing of Palliative Care in Greece.
The case of "GALILEE" Palliative Care Unit.

Written by
Dr Elias Pantelidis
Ophthalmic Surgeon

SUPERVISION by
Dr Afroditi Magdalini Xatzikou
Health Economist,
Collaborative Teaching Member , *Hellenic Open University*

Dr Maria Raikou, *Hellenic Open University*

ATHENS 2021
ΔΗΛΩΣΗ ΑΥΘΕΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο κ. Ηλίας Π Παντελίδης, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με Η Χρηματοδότη και αποζημίωση από Δημόσιους Πόρους Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Η Περίπτωση της Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας "ΓΑΛΙΛΑΙΑ" αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Ο Δηλών

Ηλίας Π Παντελίδης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες οφείλονται στην επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Μαγδαλινή Χατζίκου, για την ευγενική και πολύτιμη βοήθειά της.

Έγκαδρίως ευχαριστώ τους ανθρώπους της ΜΑΦ «Γαλιλαία», και ιδιαιτέρως την Διευθύντρια Δρ. Αλίκη Τσερκεζόγλου, την Υπεύθυνη Οικονομικών κ. Μαρία Διονύση και έτι περισσότερο την Υπεύθυνη Ποιότητας κ. Μόνικα Ξενικού για την ευγενική, άνοιχτή και πολύ ουσιαστική συνοδοιπορία κατά την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Πολύ ευχαριστώ, επίσης, τον κ. Γεώργιο Καφετζόπουλο, Μαθηματικό καί Στατιστικολόγο, Υποψήφιο Διδάκτορα του ΕΚΠΑ για την τόσο πολύτιμη άρωγή του στην ανάλυση των δεδομένων και τά Αποτελέσματα.

Αισθάνομαι επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσω έγκαρδώς την έρευνητική ομάδα της Δρ. Arianne Mathilda Josephus Elissen στο Πανεπιστήμιο του Μάαστριχτ και ιδιαιτέρως την Υποψήφια Διδάκτορα στο ίδιο Πανεπιστήμιο κ. Anne Odilia Emile van den Bulck R.N., MSc., για την πρόθυμη και ιδιαιτέρως διαφωτιστική συνεργασία.

I want to deeply thank the research team to Dr Arianne Mathilda Josephus Elissen at the University of Maastricht, Department of Health Services Research, CAPHRI Care and Public Health Research Institute and particularly the PhD candidate at the same University Miss Anne Odilia Emile van den Bulck R.N., MSc., for their continuous readiness to clarify and cooperate in the context of their research which gave me the initial template to build my research project.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΠΟΝΗΜΑ ΑΦΙΕΡΟΥΤΑΙ

Στην οικογένειά μου, για την έμπνευση και την στήριξη

Στον αδελφό μου

Στον Παναγιώτη, πού ξέφθασε τόσο νωρίς στον κοινό προορισμό.

Σέ όλες εκείνες τίς ψυχές πού διακονοῦν τόν ἀνθρώπινο πόνο στήν προοπτική τῆς αἰωνιότητος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ. Είναι η μελέτη για πρώτη φορά της κοστολόγησης των κατ' οίκον Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Η μελέτη βασίζεται σε αντίστοιχη μελέτη της Ολλανδικής κυβέρνησης και αναφέρεται στη περίπτωση της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Η ανακουφιστική φροντίδα των ενηλίκων είναι μία προσέγγιση των χρονίως πασχόντων κ των ασθενών τελικού σταδίου με την οποία επιχειρείται η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους καθώς και της ζωής των ανθρώπων του άμεσου περιβάλλοντός τους, μέσω της παροχής νοσηλευτικής, προσωπικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδος. Σε πολλά προηγμένα κράτη υπάρχει διαρκής μέριμνα για την χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους και την κοστολόγηση ποιοτικών και αποτελεσματικών Υπηρεσιών Ανακουφιστικής φροντίδας.

Τα case-mix μοντέλα ταξινομήσεως ασθενών δεν έχουν ως βάση την διάγνωσή τους αλλά τους ασθενείς και αφορούν κυρίως τις ποικίλες λειτουργικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Η Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα είναι κυρίως μη ειδική και χρηματοδοτείται από Δημόσιος Πόρους στα πλαίσια του ΕΣΥ. Η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» είναι η μόνη που παρέχει πλήρως ειδική ανακουφιστική φροντίδα και βασίζεται αποκλειστικά σε χορηγίες.

ΜΕΘΟΔΟΣ. Κατά το Ολλανδικό πρότυπο ορίστηκαν οι άμεσες και έμμεσες υπηρεσίες και έγινε η κοστολόγηση και στάθμιση της χρεώσιμης ώρας. Προσδιορίστηκαν οι παράγοντες κόστους για τους λειτουργούς Υγείας EQF6 και EQF8 και έγινε χρήση του PPS case-mix μοντέλου. Χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικά, οικονομικά και κλινικά στοιχεία από τη βάση δεδομένων της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Καθορίστηκε το κόστος της χρεώσιμης ώρας, το οποίο βρέθηκε σημαντικά μικρότερο στην Ελλάδα, καθώς και το κόστος της άμεσης ώρας για τους EQF8 και EQF6. Ο χρεώσιμος χρόνος και το κόστος ανά ασθενή γινόταν μεγαλύτερο από την Stable στην Unstable και στην End-of-Life κατηγορία. Διαχρονικά οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στην Unstable κατηγορία η οποία κατανάλωνε και τους περισσότερους πόρους ενώ δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του άμεσου χρόνου που προσφέρουν οι EQF8 και EQF6 σε κάθε κατηγορία ασθενών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ανακουφιστική φροντίδα, κοστολόγηση και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία, ΕΟΠΥ, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας, Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, μισθολογικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας.

ABSTRACT

PURPOSE. The costing of Home Health Care Services of Palliative Care in Greece has been studied in this research, for the first time. The study is based on a corresponding study by the Dutch Government and is a case study of the Palliative Care Provider "GALILEE".

INTRODUCTION. The palliative care of adults is an approach of chronically ill and End-of-Life patients that attempts to improve the quality of their lives as well as the lives of people in their immediate environment, through the provision of nursing, personal and psychosocial care. In many advanced countries there is constant care for public funding and the costing of quality and effective Palliative Care Services. Case-mix patient classification models are based on patients and relate mainly to their various functional and social needs and not on their clinical diagnosis. Palliative Care in Greece is mainly non-specific and is funded by Public Resources within the framework of the NHS. Palliative Care Provider "GALILEE" is the only one that fully provides special palliative care services and is exclusively funded by private donations.

METHOD. According to the Dutch model, direct and indirect services were defined, and the billable hours were costed and weighted for Greece. Cost factors for EQF6 and EQF8 health professionals were identified. The PPS case-mix model was used to classify the patients. Wage costs and total budget of the years 2015-2020 were obtained from the Financial Department of the Palliative Care Provider "GALILEE".

RESULTS. The cost for the one billable and one direct hour for the EQF8 and EQF6 was determined. The billable hour was found to be significantly lower in Greece while the billable hours and cost per patient was increasing from the Stable to the Unstable and End-of-Life category. For the 2015-2020 period, most patients belonged to the Unstable category and this category consumed the highest resources. No significant differences were found between the direct time offered by EQF8 and EQF6 for each category of patients.

KEY WORDS: Palliative care, Cost of palliative care, financing and funding palliative care, case-mix models, community-based services in palliative care, healthcare cost, end of life health care, chronic disease, hospice, health policy, billing strategies in health care, CD 10 in palliative care, health providers, micro-costing, labour cost, average wage, earnings

Table of Contents

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
---------------------------	----

1.1 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	10
1.1.1.Τί είναι Ανακουφιστική Φροντίδα	10
1.1.2 Πάροχοι Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας	12
1.1.3 Επίπεδα Παροχής Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας;	12
1.1.4 Αποτελεσματικότητα της ανακουφιστικής φροντίδας;.....	13
1.2. ΚΟΣΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	14
1.2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελετών Κόστους – Αποτελεσματικότητας Ανακουφιστικής Φροντίδας	14
1.2.2 Χρηματοδότηση και κοστολόγηση υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.	15
1.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΡΟΠΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΕΩΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
1.3.1 (Α) Επιθυμία-Ανάγκη -Παροχή Υπηρεσιών υγείας	17
1.3.2 (Β) Χρηματοδοτική ροή των υγειονομικών πόρων.....	19
1.3.3 (Γ) Κοστολόγηση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας.....	23
1.4. ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	26
1.4.1 Κοστολόγηση των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.....	26
1.4.2 Κοστολόγηση των κατ’ οίκον υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.....	28
1.4.3 Case-mix μοντέλα για την κατ’ οίκον φροντίδα (Home Health Care- HHC)	28
1.5. Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.	32
1.6. Η ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»*.....	40
1.6.1 Εισαγωγή.....	40
1.6.2 Η Λειτουργία και οι Υπηρεσίες της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ»	40
1.7. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	42
1.7.1 Σκοπός της εργασίας.....	42
1.7.2 Τα ερευνητικά ερωτήματα	42
ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΜΕΘΟΔΟΣ	44
2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΕΩΣ.....	45
2.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ.....	45
2.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΧΡΕΩΣΙΜΟΥ ΧΡΟΝΟΥ (BILLABLE HOURS).....	46
2.4. Η ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ	46
2.5 ΤΟ ΕQF ΣΤΟ ΟΛΛΑΝΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	47
2.6. ΕΡΓΑΛΕΙΑ case-mix ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΩΣ	52
2.7 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ΜΕ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ	54
2.8 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	55
ΕΝΟΤΗΤΑ 3 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	58
3.1 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	58
3.2 ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΩΡΑΣ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».....	58

3.3 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΩΝ ΩΡΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΚΟΣΤΟΣ	61
3.4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ	63
3.5 ΧΡΕΩΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ	63
3.6 ΑΜΕΣΟΣ ΚΑΙ ΧΡΕΩΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ EQF8 ΚΑΙ EQF6 ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS.....	64
3.7 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	66
3.7.1 Προοπτική κοστολόγηση.	66
3.7.2 Αναδρομική κοστολόγηση.	66
3.7.3 Παράδειγμα ασθενούς της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»	68
ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	71
4.1 ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΩΡΑΣ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».....	71
4.2 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΩΝ ΩΡΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΚΟΣΤΟΣ.	72
4.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS	73
4.4 ΧΡΕΩΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ	75
4.5 ΧΡΕΩΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ EQF 8 ΚΑΙ EQF 6 ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS	76
ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΠΕΔΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	79
5.1 ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ	79
5.2 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	79
5.3 ΠΕΔΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	79
ΕΝΟΤΗΤΑ 6: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΕΝΟΤΗΤΑ 7: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	88
7.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ	88
7.2 ΓΛΩΣΣΑΡΙ	89

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.1.1.Τί είναι Ανακουφιστική Φροντίδα

Οι ασθενείς με χρόνιες νόσους οι οποίες περιορίζουν ή απειλούν την ζωή, αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις, όπως η αντιμετώπιση του άγχους της διαγνώσεως, η αντιμετώπιση του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων (τα οποία σχετίζονται με την κύρια ασθένειά τους, τις επιπλοκές της ή και τη θεραπεία της), η λήψη αποφάσεων σχετικά με το ποιες ιατρικές παρεμβάσεις είναι σωστές, η παροχή βοήθειας στις οικογένειές τους και ο προγραμματισμός για το μέλλον. Για τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα το άγχος και η ταλαιπωρία μιας σοβαρής ασθένειας επιδεινώνεται από τις καθημερινές προκλήσεις που σχετίζονται με οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες.(1)

Η Ανακουφιστική φροντίδα είναι ο τομέας της ιατρικής επιστήμης ο οποίος ασχολείται με την βελτίωση της ποιότητας της ζωής εκείνων των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από απειλητικές για την ζωή νόσους και περιλαμβάνει αλλά δεν περιορίζεται μόνον στους ασθενείς του τελικού σταδίου. Διακρίνεται ανακουφιστική φροντίδα για ενήλικες και για παιδιά. Στην μελέτη αυτή θα ασχοληθούμε με την ανακουφιστική φροντίδα για ενήλικες, καθώς η ανακουφιστική φροντίδα για παιδιά εμφανίζει ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές από εκείνη των ενηλίκων στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών καθώς και σε θέματα ψυχολογικής, αναπτυξιακής κ πνευματικής υποστηρίξεως των παιδιατρικών ασθενών και του οικογενειακού περιβάλλοντός τους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ανακουφιστική φροντίδα των ενηλίκων είναι μία προσέγγιση των χρονίως πασχόντων κ των ασθενών τελικού σταδίου με την οποία επιχειρείται η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους καθώς και της ζωής των ανθρώπων του άμεσου περιβάλλοντός τους. Αυτό συμβαίνει μέσω της πιθανής πρόληψης αλλά και της εγκαίρου διαγνώσεως και κατά το δυνατόν πληρέστερης ανακουφίσεως και θεραπείας του πόνου και των συνδεδεμένων με την κύρια νόσο προβλημάτων. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να συνδέονται με την σωματική, πνευματική, και ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών και του περιβάλλοντός τους.(2)

Η Ανακουφιστική Φροντίδα:

Ανακουφίζει από τον πόνο και τις αγχογόνες συνέπειές του

Δημιουργεί αισθήματα θετικά για την ζωή, ενώ ταυτόχρονα προετοιμάζει για τον θάνατο ως φυσικό γεγονός της ζωής

Δεν επιχειρεί να επισπεύσει αλλά ούτε κ να παρατείνει εκείνη την ζωή, η οποία έχει ήδη τελειώσει

Ενσωματώνει μαζί με την σωματική φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αλλά και την πνευματική μέριμνα τού ασθενούς

Προσφέρει μία συνολική φροντίδα ώστε ο ασθενής να μπορεί να ζήσει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ζωντάνια, αξιοπρέπεια και δημιουργικότητα μέχρι το τέλος της ζωής του.

Αξιοποιεί την ειδική διεπιστημονική προσέγγιση για να προσφέρει τις υπηρεσίες της τόσο στους νοσούντες όσο κ στο περιβάλλον τους μέχρι τον θάνατο αλλά κ κατόπιν κατά την περίοδο του πένθους στους οικείους των ασθενών.

Μπορεί να επηρεάσει θετικά την εξέλιξη της νόσου μέσω της θετικής επίδρασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών και του περιβάλλοντός τους.

Μπορεί να προσφέρεται παράλληλα με θεραπευτικά σχήματα από τα πρώιμα ακόμη στάδια της νόσου, και να περιλαμβάνει διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση, σωστότερη κατανόηση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών της κυρίας νόσου.

Είναι καλό εδώ να διευκρινιστεί πώς η ανακουφιστική φροντίδα (στο εξής ΑΦ) είναι ιδιαίτερη υπηρεσία (Ειδική ΑΦ) και είναι διαφορετική από την ανακουφιστική προσέγγιση της ιατρικής υπηρεσίας προς τούς ασθενείς με απειλητική για την ζωή ή περιοριστική για την ζωή χρόνια νόσο Γενική ΑΦ). Η Γενική ΑΦ περιλαμβάνει βασικές υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας, μπορεί να παρέχεται από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων στα πλαίσια της δικής τους ειδικότητας και συνήθως προσφέρεται εντός του Νοσοκομείου και στα πλαίσια της θεραπείας της κυρίας νόσου. Αντιθέτως, η Ειδική ΑΦ προσφέρει εξειδικευμένες συμβουλές και υπηρεσίες σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, στους ασθενείς και το περιβάλλον το οποίο τους φροντίζει. Οι ανάγκες των ασθενών αυτών είναι περίπλοκες ή/και ιδιαίτερες και αφορούν φυσικές, πνευματικές κ ψυχοκοινωνικές ανάγκες, οι οποίες αναφύονται κατά την περίοδο μετά τη νοσηλεία των ασθενών και οι οποίες ανάγκες ξεπερνούν την αρμοδιότητα αλλά κ τις δυνατότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.(3)

1.1.2 Πάροχοι Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας

Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται συνήθως από ειδικούς, λειτουργούς υγείας που έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση ή/και πιστοποίηση στην παρηγορική φροντίδα. Παρέχουν ολιστική φροντίδα στον ασθενή και την οικογένεια ή τον φροντιστή με επίκεντρο τα σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με χρόνια νόσο η οποία περιορίζει ή απειλεί την ζωή τους.

Συχνά, οι ειδικοί της ανακουφιστικής φροντίδας εργάζονται ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να περιλαμβάνει ιατρούς, πιστοποιημένες νοσηλεύτριες, πιστοποιημένους διαιτολόγους, φαρμακοποιούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Η εξειδικευμένη αυτή ομάδα των λειτουργών υγείας, συχνά πλαισιώνεται από εθελοντές με ποικίλες δραστηριότητες και από άλλο έμμισθο προσωπικό για την διαχείριση, αρχειοθέτηση και προγραμματισμό των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.(4)

Οι ειδικοί παρηγορικής φροντίδας παρέχουν επίσης υποστήριξη στον φροντιστή, διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης και βοηθούν σε συζητήσεις που εστιάζουν σε στόχους φροντίδας του ασθενούς.

1.1.3 Επίπεδα Παροχής Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας;

Η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε τρία επίπεδα:

- Σέ επίπεδο ενδονοσοκομειακής φροντίδας (Inpatient Care). Σε αυτό η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε εισαχθέντες στο Νοσοκομείο ασθενείς στους οποίους είτε παρέχονται αποκλειστικά εξειδικευμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας από εξειδικευμένους λειτουργούς υγείας είτε η ανακουφιστική φροντίδα συνδυάζεται παράλληλα με όποια άλλη θεραπεία ενδεχομένως χρειάζονται οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς.
- Σε επίπεδο μίας ειδικής μονάδας-Ξενώνας (Hospice) αποκλειστικά για παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας εσωτερικών ασθενών η οποία παρέχει για συγκεκριμένο συνήθως διάστημα επιτόπια 24ωρη, διεπιστημονική κ εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα.
- Σέ επίπεδο κοινότητας (Community Care). Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας παρέχονται μέσα στην κοινότητα, συνήθως στην κύρια

οικία των ασθενών κ περιλαμβάνουν την παροχή εξειδικευμένων συμβουλών και υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας προς τον ασθενή, το περιβάλλον που τον φροντίζει ακόμη και προς τους παρόχους της πρωτοβάθμιας υγείας, με τούς οποίους υπάρχει συνεργασία.(5)

1.1.4 Αποτελεσματικότητα της ανακουφιστικής φροντίδας;

Η κατανομή των πόρων για την υγεία συνιστά πάντοτε μία άσκηση αναζητήσεως της δικαιοσύνης. Οι διαθέσιμοι πόροι για την υγεία, όπως και για όλες τις ανάγκες της κοινωνίας, γίνονται όλο και πιο πολύτιμοι και τα οικονομικά της υγείας αντιμετωπίζουν συνεχώς αυξανόμενη στενότητα αλλά και ηθικούς προβληματισμούς για το πώς, και πού θα κατανεμηθούν, και τότε και για πόσο χρονικό διάστημα θα πρέπει να διανεμηθούν. Έτσι, τα στοιχεία τα σχετικά με την αποδοτικότητα του κόστους των διαφόρων μεθόδων παροχής υπηρεσιών υγείας γίνονται όλο και περισσότερο σημαντικά διότι τα στοιχεία αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν για την λήψη κατάλληλων αποφάσεων για την κατανομή των πεπερασμένων υγειονομικών πόρων. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο τέλος της ζωής των ασθενών δαπανά ένα μεγάλο ποσοστό από τους διαθέσιμους υγειονομικούς πόρους και για τον λόγο αυτόν έχει ελκύσει τό ενδιαφέρον των ερευνητών. Οι εκτιμήσεις από τις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνουν ότι το 25% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται με ασθενείς στο τελευταίο έτος της ζωής τους.(6) Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκτιμάται ότι περίπου το 20% των κλινών χρησιμοποιούνται για την νοσηλεία ασθενών τελικού σταδίου.(7) Προβλέπεται δε, ότι περισσότερο από το 25% του ευρωπαϊκού πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών μέχρι το 2050.(8) Για τον λόγο αυτόν η φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου συνιστά επείγον θέμα δημόσιας υγείας(8) με δεδομένο μάλιστα το γεγονός των αυξημένων προσδοκιών και απαιτήσεων σε ποιότητα ζωής των ιδίων των ασθενών και του περιβάλλοντός τους.(9) Σήμερα έμφαση δίνεται στο συντονισμό των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας και στην αποδοτικότερη επικοινωνία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων λειτουργιών υγείας με τούς ασθενείς και το περιβάλλον τους. Η ανακουφιστική φροντίδα έχει καταλυτικά θετικό ρόλο σέ διάφορα επίπεδα όπως στον πόνο και τίς αιτίες και συνέπειές του, αλλά και στην φυσική, κοινωνική, γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υποστήριξη των ασθενών με τελική νόσο.(10)(11,12) Μάλιστα διαπιστώθηκε ότι η παροχή ειδικής ανακουφιστικής φροντίδας σε ειδικές μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας στα Νοσοκομεία, παρήγαγε καλύτερη ανακούφιση συμπτωμάτων στους ασθενείς σέ σχέση με αντίστοιχες μη εξειδικευμένες παροχές

ανακουφιστικής φροντίδας οι οποίες παρείχοντο στους ασθενείς στα διάφορα τμήματα νοσηλείας τους.(13,14)

Σε ασθενείς τελικού σταδίου οι ανάδειξη και εμβάθυνση των διαπροσωπικών σχέσεων στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί να προσφέρει ενδυνάμωση κ νοηματοδότηση ζωής στα πλαίσια των υπαρξιακών προκλήσεων με τίς οποίες τά πρόσωπα αυτά έρχονται αντιμέτωπα.(15) Η ανακουφιστική φροντίδα, στα πλαίσια των υπηρεσιών ανοιχτής και ημερησίας φροντίδας ηλικιωμένων μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς τελικού σταδίου μια αίσθηση φυσιολογικής καθημερινότητας καθώς και μία μοναδική ευκαιρία κοινωνικοποίησης και αίσθησης ότι δεν είναι απομονωμένοι στο πρόβλημά τους και μόνοι στην αντιμετώπισή του.(16)(17) Η έγκαιρη κ στα αρχικά στάδια παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας έχει αναγνωριστεί ότι παρέχει καλύτερη *ποιότητα ζωής* στους ασθενείς αυτούς.(18)

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο της Ιατρικής, σέ μία αναφορά του κοινής αποδοχής με τίτλο: «*Crossing the Quality Chasm*» άναφέρει έξι παραμέτρους οι οποίες συνδέονται με την *ποιότητα παροχής υπηρεσιών* σε ασθενείς τελικού σταδίου: οί υπηρεσίες πού προσφέρονται πρέπει να είναι ασφαλείς, έγκαιρες, αποτελεσματικές, ωφέλιμες, με κριτήρια ισότητας και με κέντρο τον ασθενή.(16) Η ανακουφιστική φροντίδα βρέθηκε ότι είναι πολύ αποτελεσματική για την βελτίωση αυτών των παραμέτρων ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου.(19)

Αν και υπάρχουν μελέτες πού συνηγορούν στην αύξηση του *προσδοκίμου επιβιώσεως* εξαιτίας της ανακουφιστικής φροντίδας,(20) ενώ σέ κάποιες άλλες αυτό δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί.(21) Εδώ χρειάζεται να επαναδιατυπωθεί ότι η ανακουφιστική φροντίδα δεν στοχεύει πρωτίστως στην επιμήκυνση του *προσδοκίμου επιβιώσεως* αλλά στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών τελικού σταδίου και τού περιβάλλοντός τους, Στο πλαίσιο αυτό, το προσδόκιμο επιβίωσης, όταν βελτιώνεται πρέπει να εκλαμβάνεται ως μία καλοδεχούμενη παράπλευρη ωφέλεια.(22)

1.2. ΚΟΣΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελετών Κόστους – Αποτελεσματικότητας Ανακουφιστικής Φροντίδας

Η Αποδοτικότητα της ανακουφιστικής φροντίδας είναι τόσο απαραίτητο να μετρηθεί όσο και είναι και δύσκολο να προσδιοριστεί. Παρά το γεγονός ότι αρκετές μελέτες δείχνουν πώς η

ανακουφιστική φροντίδα συνδέεται με εξοικονόμηση πόρων, υπάρχουν ζητήματα ποιότητας των αποτελεσμάτων καθώς και μεθοδολογικά προβλήματα στις έρευνες αυτές.(1) Η ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας (Cost Effectiveness Analysis- CEA) καθώς και η ανάλυση κόστους-οφέλους (Cost-Benefit Analyses-CBAs) χρησιμοποιούνται από τους οικονομικούς αναλυτές και συνεκτιμώνται κατά την διαδικασία λήψεως αποφάσεων σχετικά με τις πολιτικές υγείας. Η ανάλυση Κόστους- Αποτελεσματικότητας αποτιμά το κόστος για κάθε μονάδα σέ αποτέλεσμα υγείας. Τα QALYs είναι μία τέτοια μονάδα μετρήσεως, η οποία συνήθως χρησιμοποιείται για την αποτίμηση του κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη μεριά η ανάλυση κόστους-οφέλους αποτιμά όλα τα αποτελέσματα υγείας σέ χρήμα.

Η εφαρμογή, όμως, των μεθόδων αυτών οικονομικής αξιολογήσεως εμφανίζει σημαντικές ιδιαιτερότητες όταν αναφέρεται στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας. Συχνά είναι δύσκολο να αποτιμηθούν σε χρήμα ή ακόμη και σε ηθική ωφέλεια θέματα ποιότητας ζωής ή ακόμη κ η αξία της διάρκειας της ζωής στα πλαίσια των ασθενών τελικού σταδίου. Ειδικά μάλιστα έχει αμφισβητηθεί η καταλληλότητα των QALY, στις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας.(23) Και αυτό διότι μπορεί στα πλαίσια των ασθενών τελικού σταδίου ο αριθμός των ημερών ζωής πού κερδίζεται να είναι πολύ μικρός, όμως η προσφορά ποιοτικής και πολύ ανθρώπινης και αξιοπρεπούς ζωής στις τελευταίες ημέρες της ζωής του κάθε ανθρώπου μπορεί να έχουν ανεκτίμητη αξία.(24) Η ανακουφιστική φροντίδα αναφέρεται σε ιδιαίτερα ευάλωτους ασθενείς οι οποίοι συνήθως πλησιάζουν το αναπόφευκτο τέλος της ζωής τους και αυτό προσδίδει στα σχετικά διλήμματα ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία.(25) Σέ έρευνα πού αφορούσε τον Καναδά στοιχειοθετήθηκε ότι η ανακουφιστική φροντίδα είναι αποτελεσματική ως προς το κόστος των υπηρεσιών στην κοινότητα, αλλά δεν στοιχειοθετήθηκε το αντίστοιχο και για όσους χρησιμοποιούν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας ως νοσηλευόμενοι.(26) Παρά την ετερότητα σέ μεθόδους συλλογής στοιχείων και αναλύσεων των διαφόρων ερευνητικών προσπαθειών, η ανακουφιστική φροντίδα έχει βρεθεί επανειλημμένως ότι είναι λιγότερο κοστοβόρα από τούς κλασσικούς, μη ειδικούς, τρόπους αντιμετώπισης των ασθενών αυτών κ η διαφορά κόστους ήταν τις περισσότερες φορές στατιστικά σημαντική.(27)

1.2.2 Χρηματοδότηση και κοστολόγηση υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.

Η πρόνοια γιά παροχές υγείας και κοινωνικές παροχές προς το τέλος της ζωής του ανθρώπου, συνιστά μία σημαντική επιβάρυνση στον προϋπολογισμό για τις δαπάνες υγείας. Έτσι, οι

εκτιμήσεις των δαπανών υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ζωής κυμαίνεται από το 10% του συνόλου των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στην Ολλανδία(28) και 13% στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής(29) έως και το 25% των Νοσοκομειακών δαπανών τού προγράμματος Medicare στις Ηνωμένες Πολιτείες(30) και το 29% των Νοσοκομειακών δαπανών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στην Μεγάλη Βρετανία.(31) Σέ αυτό έρχεται να προστεθεί η δυσμενής αλλαγή των δημογραφικών στοιχείων με ταχεία γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του χρόνου νοσηλείας των χρονίως πασχόντων, καθώς και η συνοδός αυξημένη συν-νοσηρότητα. Στο πλαίσιο αυτό γίνεται προσπάθεια αναπτύξεως οικονομικών μοντέλων υγείας για την χρηματοδότηση κοστολόγηση και κατανομή των πόρων, τα οποία πρέπει να προωθούν την υψηλή ποιότητα και αποτελεσματικότητα στα συστήματα υγείας και κοινωνικής μέριμνας, με τον αναγκαστικό όρο να είναι διατηρήσιμα. Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα δεν είναι ξεκάθαρο αν η αποζημίωση για τίς διάφορες παροχές υγείας πράγματι αντιπροσωπεύει το πραγματικό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και πολύ περισσότερο δεν είναι γνωστό το αν αυτές οι δαπάνες συνδέονται με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.(32)

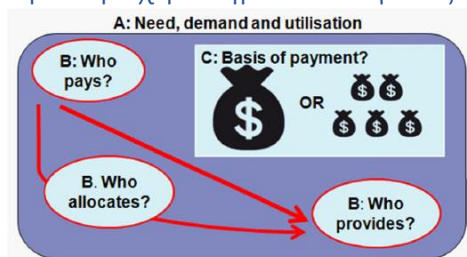
Οι διαφορετικές δαπάνες για κάθε τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί να επηρεάζουν η μία την άλλη. Έτσι η παροχή φροντίδας από τον φροντιστή μπορεί να μειώνει την ανάγκη για εισαγωγή των ασθενών στο Νοσοκομείο, ή τον αριθμό των επισκέψεών τους στο Νοσοκομείο, επηρεάζοντας αντίστοιχα και το παρελκόμενο κόστος. Με τον ίδιο τρόπο οι πόροι οι οποίοι δαπανώνται για την παροχή υπηρεσιών γενικής ανακουφιστικής φροντίδας από λειτουργούς υγείας στα Νοσοκομεία, θα μπορούσαν να απελευθερωθούν και να είναι διαθέσιμοι για να καλύψουν πιο αποδοτικά υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας από ειδικούς λειτουργούς υγείας απελευθερώνοντας ταυτοχρόνους πόρους στα Νοσοκομεία.(33)(34)

1.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΡΟΠΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΕΩΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μέχρι σήμερα υπάρχει έλλειψη σαφούς γνώσεως για το ποιός είναι ο προσφορότερος τρόπος αποζημίωσης των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας σε επίπεδο χρηματοδοτήσεως, κοστολόγησης αλλά και κατανομής των υγειονομικών πόρων. Σέ μία σημαντική μελέτη οι Deber et al παρουσιάζουν ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κατηγοριοποίηση των διαφόρων τρόπων χρηματοδοτήσεως των παροχών υγείας η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και

για την σύγκριση των διαφόρων μοντέλων χρηματοδότησεως μεταξύ τους.(35) Αποτελείται από τρία συστατικά μέρη: (Α) τούς ορισμούς για την ανάγκη, την επιθυμία και την παροχή των υπηρεσιών υγείας και την δυναμική σχέση που τις διέπει, (Β) Τίς χρηματοδοτικές ροές και ειδικότερα ποιος αγοράζει-πληρώνει υπηρεσίες υγείας και ποιος κατανέμει τα κεφάλαια και (Γ) το πώς κατανέμεται η χρηματοδότηση. Λεπτομέρειες παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1 και στον Πίνακα 1.

1.3.1 (Α) Επιθυμία-Ανάγκη -Παροχή Υπηρεσιών υγείας

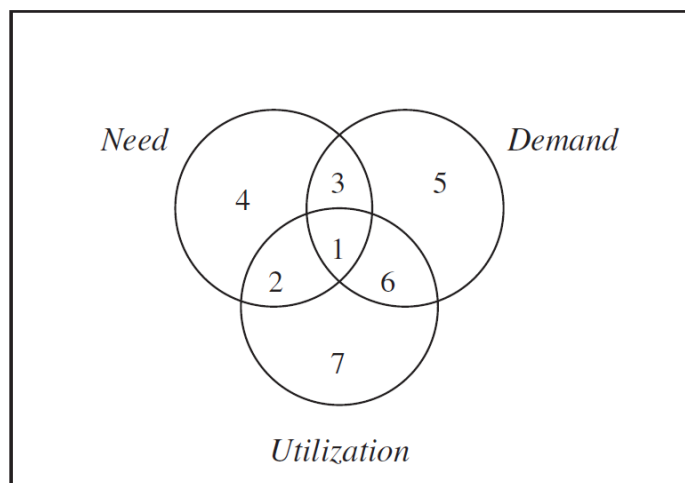


Διάγραμμα 1: Χρηματικές ροές κ κατανομή πόρων στην υγεία.(35)

Πίνακας 1. Θεωρητικό υπόβαθρο των μοντέλων για την χρηματοδότηση και αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας.(35)
<p>A. Η σχέση ανάμεσα στην ανάγκη την επιθυμία και την παροχή και πώς αυτή διευθετείται στα πλαίσια των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Αυτή η σχέση δημιουργεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η ανακουφιστική φροντίδα</p>
<p>B. Η διαδρομή των χρηματικών ροών και πώς αυτές επηρεάζουν την διαμόρφωση των πολιτικών υγείας</p> <p><i>Χρηματοδότηση-ποιος πληρώνει;</i></p> <p>Μπορεί να είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, το Δημόσιο, ασφαλιστικές εταιρείες ή μικτά συστήματα πληρωμών)</p> <p><i>Πάροχος υγείας-ποιος παρέχει υπηρεσίες υγείας;</i></p> <p>Μπορεί να είναι το Δημόσιο, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, ιδιωτικοί οργανισμοί υγείας και μικρές ή ατομικές επιχειρήσεις</p> <p><i>Κατανομή-Ποιος κατανέμει τούς πόρους υγείας;</i></p> <p>Η κατανομή των πόρων συνδέει την χρηματοδότηση με τους παρόχους υγείας και μπορεί να επηρεάζεται από το οικονομικό πλαίσιο λειτουργίας του κάθε παρόχου υγείας</p>
<p>(Γ). Κοστολόγηση-Κατανομή των πόρων.</p> <p>Μοντέλα κοστολόγησης και πληρωμής των παρόχων, όπως ανά παροχή-fee for service, ανά επεισόδιο νοσηλείας, ανά ημέρα νοσηλείας, capitation</p>

Καλύτερη κατανόηση μεταξύ ανάγκης-επιθυμίας-παροχής παρέχεται στο Διάγραμμα 2.

Διάγραμμα 2: Υπηρεσίες Υγείας: σχέση ανάμεσα σε ανάγκη-επιθυμία-παροχή(35)



<i>Ζώνη 1: Υπηρεσίες υγείας που και ζητούνται και είναι αναγκαίες και παρέχονται. Άριστο σενάριο αξιοποίησης των πόρων</i>
<i>Ζώνη 2: Υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίες και παρέχονται από το σύστημα χωρίς καν να έχουν απαιτηθεί: πχ ο ιατρός παρέχει μία συνταγή που καλύπτει μία ανάγκη που ο ασθενής έχει χωρίς να την έχει συνειδητοποιήσει. (Παροχή που ξεπερνά τις προσδοκίες)</i>
<i>Ζώνη 3: Υπηρεσίες και χρειάζονται και απαιτούνται από τον ασθενή αλλά δεν παρέχονται από το σύστημα υγείας (έλλειμμα στην παροχή υπηρεσιών)</i>
<i>Ζώνη 4: Υπηρεσίες που είναι αναγκαίες, αλλά ούτε απαιτήθηκαν, ούτε παρήχθησαν (Πραγματικές ανάγκες και ανεκπλήρωτες και μη συνειδητές)</i>
<i>Ζώνη 5: Υπηρεσίες που απαιτήθηκαν μόν αλλά δεν προσφέρθηκαν και δεν ήταν αναγκαίες</i>
<i>Ζώνη 6: Υπηρεσίες που παρέχονται κατόπιν απαιτήσεως αλλά που δεν είναι αναγκαίες</i>
<i>Ζώνη 7: Υπηρεσίες που ούτε ζητήθηκαν, ούτε είναι αναγκαίες αλλά παρόλα αυτά προσφέρθηκαν. (πχ. Εμβολιασμός σε ήδη εμβολιασμένους ή σε όσους δεν τον χρειάζονται).</i>

Η κατανομή των πόρων αποτελεί τη βάση του πλαισίου για την συζήτηση της χρηματοδότησης και κοστολόγησης των υπηρεσιών στην ανακουφιστική φροντίδα και γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψιν την ανάγκη, την επιθυμία και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η σωστή ισορροπία μεταξύ αυτών των παραγόντων συνιστά πάντοτε μία πρόκληση στην ανακουφιστική φροντίδα όπως άλλωστε και στα οικονομικά της υγείας γενικότερα.(36) Με την έννοια *ανάγκη* σε υπηρεσίες υγείας εννοείται η ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών υγείας όπως ορίζεται από σχετικούς ειδικούς επιστήμονες, ενώ η έννοια *επιθυμία* εκφράζει τι θεωρεί κανείς υποκειμενικά ότι χρειάζεται ως υπηρεσία υγείας. Πολλές φορές οι δύο έννοιες δεν συμπίπτουν για μια ποικιλία από λόγους. Τέλος η έννοια της *χρήσης-παροχής* των υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας που τελικά παρέχονται στους ασθενείς. Η ελλείψεις στην παροχή των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας σε σχέση με τις ανάγκες που υφίστανται

υποδηλώνουν το μέτρο της ανεπάρκειας των συστημάτων υγείας και αναδεικνύουν τις επιπλέον ανάγκες υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας οι οποίες δεν έχουν ικανοποιηθεί.(37)

Στο πλαίσιο αυτό της συναντίληψης για την ικανοποίηση των αναγκών σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό ότι η έγκαιρη ένταξη των ασθενών σε προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες μέχρι πρόσφατα πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είχαν μόνον οι ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης μέχρι 6 μήνες ή όταν η θεραπεία για την κύρια νόσο δεν υπήρχε λόγος να συνεχιστεί.(38) Στην Ουγγαρία, όπως και στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κοστολόγηση γίνεται ανά επίσκεψη ενώ σε άλλα κράτη όπως η Πολωνία, υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας παρέχονται σε ασθενείς με συγκεκριμένη διάγνωση, κυρίως ασθενείς με καρκίνο, δημιουργώντας έτσι προϋποθέσεις άνισης μεταχείρισης των ασθενών με βάση την διάγνωσή τους. Ομοίως η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, οι οποίες συνήθως είναι πιο οργανωμένες σε αστικές παρά σε αγροτικές περιοχές δημιουργεί συνθήκες για γεωγραφική ανισότητα.(39)

1.3.2 (B) Χρηματοδοτική ροή των υγειονομικών πόρων

Η χρηματοδοτική ροή από τον αγοραστή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στους παρόχους, καθώς και ο τρόπος κατανομής των κονδυλίων καθορίζουν σημαντικά κάθε χρηματοδοτικό μοντέλο. Στον Πίνακα 2 φαίνονται ανά χώρα αν η χρηματοδότηση γίνεται από δημόσιους πόρους, αν υφίσταται ειδικό κονδύλιο για παροχή ειδικών υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας η αυτές είναι ενσωματωμένες στην περίθαλψη των ασθενών καθώς και κατά πόσον συμμετέχουν στην κάλυψη του προϋπολογισμού ιδιωτικές χορηγίες, δωρεές ή χρήματα τού ιδίου του ασθενούς (συμπληρωματική πληρωμή - co-payment). Οι χώρες που απεικονίζονται αντιπροσωπεύουν διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας καθώς και μία ποικιλία μοντέλων χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας. Σε σχεδόν όλες τις χώρες με ανεπτυγμένο μοντέλο, κύρια πηγή χρηματοδότησεως είναι οι Δημόσιοι πόροι.

Πίνακας 2: Επισκόπηση χρηματοδότησεως των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας

ΧΩΡΑ	Ενσωμάτωση στο κύριο σύστημα υγείας	Ειδικός προϋπολογισμός για υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας	Κύριος Φορέας χρηματοδότησεως και κατανομής των πόρων	Εξάρτηση από χορηγίες και δωρεές	Πληρωμή από τον ασθενή (out-of-pocket/ co-payments)
Αυστρία	-	+	Δημόσιοι πόροι	-	-

Αγγλία	+	+	Δημόσιοι πόροι	+	-
Γερμανία	+	-	Δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι	+	-
Ουγγαρία	+	+	Δημόσιοι πόροι κ μέσω Νοσοκομείων	+	-
Ιρλανδία	+	+	Δημόσιοι πόροι κ μέσω γενικού προϋπολογισμού υγείας.	+	+(μέσω ιδιωτικής ασφάλισης)
Νέα Ζηλανδία	+	+	Δημόσιοι πόροι κ μέσω Νοσοκομείων	+	-
Ολλανδία	+	+	Πόροι: Νοσοκομεία: Ιδιωτικοί Ξενώνες: Ιδιωτικοί	+	+(μέσω ιδιωτικής ασφάλισης)
Νορβηγία	+	+	Δημόσιοι πόροι	-	-
Πολωνία	+	+	Δημόσιοι πόροι	+	-
Ισπανία	+	+	Δημόσιοι πόροι	+	-
Σουηδία	+	+	Δημόσιοι πόροι	-	-
Ελβετία	+	+	Δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι	-	+
ΗΠΑ	+	+	Δημόσιοι και ιδιωτικοί πόροι	+	+
Ουαλία	+	+	Δημόσιοι πόροι	+	-

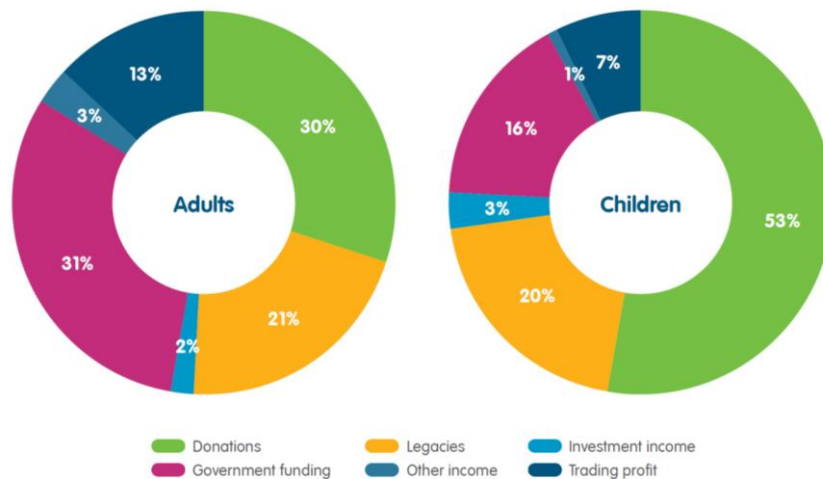
1.3.2.1 Προέλευση των χρηματοδοτικών ροών στην ανακουφιστική φροντίδα.

Στις περισσότερες χώρες η κυρία χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Παρατηρείται επίσης ότι οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας οι οποίες παρέχονται μέσα στο Νοσοκομείο ή σέ ειδικά διαμορφωμένους Ξενώνες καλύπτονται σέ μεγαλύτερο ποσοστό από δημόσιες Δαπάνες σέ σχέση με υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδος οι οποίες παρέχονται στην κοινότητα και οι οποίες αναπτύσσονται και συντηρούνται συχνότερα από πρωτοβουλίες φιλανθρωπίας και χορηγούς. Στην Ν. Ζηλανδία, η οποία έχει πολύ ανεπτυγμένο σύστημα ανακουφιστικής φροντίδας στα πρότυπα της Αυστραλίας, οι Δημόσιες δαπάνες καλύπτουν οριζόντια μόνο το 70% των δαπανών όλων των μορφών υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδος ενώ σέ άλλες χώρες το ποσοστό αυτό ποικίλει ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας. Στην Μεγάλη Βρετανία, πάλι, κατεγράφησαν σημαντικές αποκλίσεις στις δαπάνες από διαφορετικούς φορείς ενώ η κάλυψη για υπηρεσίες στο Νοσοκομείο ή σέ ξενώνα μπορεί να κυμαίνεται από 20%-50% Από το 2011 υπάρχει σαφής σύσταση για κάλυψη περίθαλψης και φροντίδας σέ όλους τούς ασθενείς πού χαρακτηρίζονται «κοντά στον θάνατο» σε ποσοστό 100%.(40) Τά υπόλοιπα έξοδα πρέπει να καλυφθούν είτε από κονδύλια φιλανθρωπίας είτε από επενδύσεις σέ συνταξιοδοτικά κεφάλαια. Εδώ πρέπει να διευκρινίσουμε δύο σημεία: Πρώτον ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο οι Ξενώνες (Hospice) δεν φιλοξενούν ασθενείς τελικού σταδίου ή χρόνιων παθήσεων μόνον, και ότι οι Ξενώνες πού ανήκουν στο σύστημα υγείας (NHS) χρηματοδοτούνται 100% από Δημόσιους πόρους.(41)

Διάγραμμα 3: Προέλευση των χρηματοδοτικών πόρων για τούς non NHS Ξενώνες στην Μ. Βρετανία το 2019(41)

Total income in 2019, including profits from trading activities for independent hospices was £1,028 million.

Figure 6 – Income type as a percentage of total income (shown separately for adults' and children's hospices)



Η λειτουργία μόνιμων και ξεκάθαρων χρηματοδοτικών ροών από Δημόσιους πόρους είναι σαφές ότι δημιουργεί μία σταθερότητα στο σύστημα και παρέχει την δυνατότητα ομαλής, προβλέψιμης και διατηρήσιμης ανάπτυξης των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας από την πλευρά των παρόχων.

1.3.2.2 Κατανομή των πόρων

Η κατανομή των πόρων αναφέρεται στον καταμερισμό των χρηματικών πόρων οι οποίοι εκ προοιμίου είναι περιορισμένοι, μεταξύ σημαντικών κοινωνικών αναγκών. Οι κατανομή των πόρων υγείας πρέπει να εννοηθεί σε 3 επίπεδα:

Επίπεδο 1: Κατανομή πόρων μεταξύ των αναγκών υγείας και άλλων μη ιατρικών αναγκών της κοινωνίας.

Επίπεδο 2: Κατανομή πόρων μεταξύ των διάφορων τομέων της υγείας και

Επίπεδο 3: Κατανομή των πόρων μεταξύ ασθενών σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο του ίδιου υπο-τομέως υγείας.(42)

Αυτό ισχύει στην υγεία γενικότερα αλλά και στην ανακουφιστική φροντίδα ειδικότερα.(43)

Η χρηματοδοτικές ροές και η κατανομή των πόρων από το επίπεδο 1 έως και το επίπεδο 3 έχουν πολύ μεγάλη σημασία στην εξασφάλιση πόρων στην ανακουφιστική φροντίδα. Έτσι στον Καναδά, για τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδος στα Νοσοκομεία, οι πόροι προέρχονται από δαπάνες των Περιφερειών, ενώ αυτές που παρέχονται σε Ξενώνες (Hospice) πληρώνονται μόνον εν μέρει από Δημόσιους πόρους. Για τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδος στην κοινότητα υπάρχει όριο είτε στον αριθμό των ωρών για κάθε λειτουργό υγείας είτε στο ποσοστό καλύψεως των παροχών, πχ σε φάρμακα ή ιατρικά μηχανήματα. Σέ ορισμένες μάλιστα περιφέρειες μόνο το 15% αυτών που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τις κατ' οίκον υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδος ελάμβαναν τέτοιες υπηρεσίες.(44) Στην Ουγγαρία, οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία δεν καλύπτονται από ειδικό κονδύλιο αλλά επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό των Νοσοκομείων ενώ στην Ισπανία παρατηρείται έλλειψη στην οργανωμένη Δημόσια κάλυψη των υπηρεσιών ΑΦ.(45) Στην Γερμανία, η υπηρεσίες παρέχονται σε Περιφερειακό επίπεδο και συμφωνούνται μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των παρόχων και, ίσως, για αυτό παρατηρούνται μεγάλες διαφορές κοστολόγησεως των υπηρεσιών ΑΦ.(46)

1.3.2.3 Χρηματοδότηση από κονδύλια φιλανθρωπίας

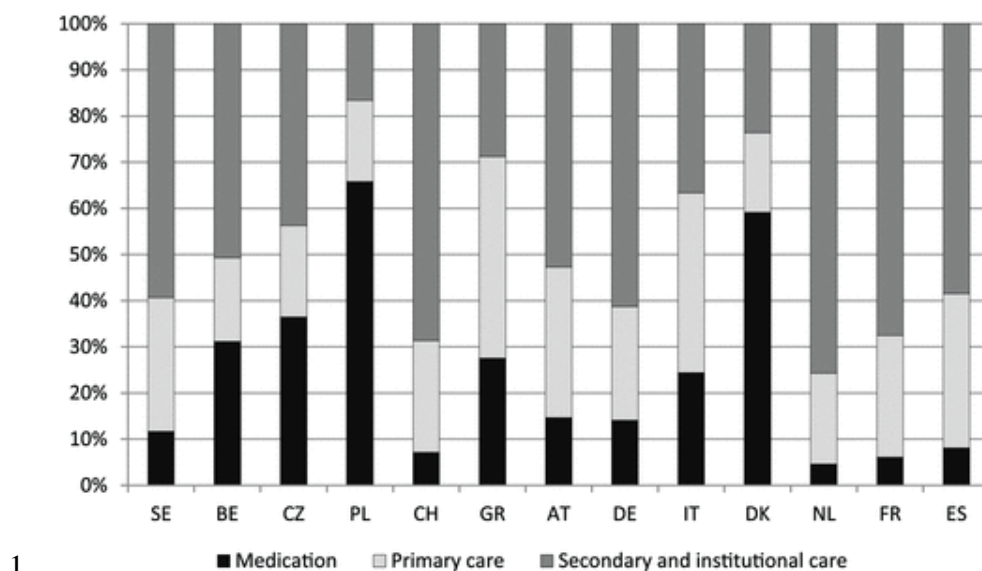
Η επιχορήγηση των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδος από κονδύλια φιλανθρωπίας είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλον τον κόσμο και συνήθως συμμετέχει επικουρικά καλύπτοντας ελλείψεις των Δημοσίων πόρων. Το 2000 το πανεπιστήμιο του Lancaster ετοίμασε μία μελέτη για λογαριασμό του Ιδρύματος Soros, Open Society Institute, όπου περιγράφεται η κατάσταση της συμμετοχής των κεφαλαίων φιλανθρωπίας για την στήριξη της ανακουφιστικής φροντίδας στις πέντε Ηπείρους.(47) Στην Ελλάδα η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται αποκλειστικά από την Μονάδα Ανακουφιστικής φροντίδος «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» της οποίας μελέτη συνιστά η παρούσα έρευνα. Στην Μ. Βρετανία υπάρχει μακροχρόνια παράδοση σε οργανισμούς φιλανθρωπίας οι οποίοι στηρίζουν σημαντικά τούς μη Δημόσιους παρόχους υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδος.(48,49)(2)

1.3.2.4 Ίδιοι πόροι που πληρώνονται από τους ασθενείς.

Η αποτίμηση των ιδίων κεφαλαίων τα οποία ξοδεύονται κατά το τελευταίο έτος της ζωής των ασθενών (50) είναι δύσκολο να αποτιμηθεί ενώ άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τά έξοδα αυτά έχουν συμβάλει σημαντικά στην χρεωκοπία πολλών οικογενειακών προϋπολογισμών στην Αμερική.(51) Οι μελέτες για τα ίδια κεφάλαια συχνά εξετάζουν το ζήτημα από την πλευρά της ασθένειας και της διάρκειάς της και όχι από την πληθυσμιακή σκοπιά των εξόδων στο τελευταίο έτος της ζωής για όλον τον πληθυσμό των ασθενών τελικού σταδίου.(52,53) Σέ μία

μετα-ανάλυση 29 ερευνών από την Αυστραλία και την Αμερική το 2010, διαπιστώθηκε πώς οι πιο ηλικιωμένοι και χαμηλού εισοδήματος ασθενείς πληρώνουν τά περισσότερα σε σχέση με το εισόδημά τους.(52) Για να μειώσουν την ανάγκη σε ίδιους πόρους, συμπληρωματικές ασφάλειες έχουν αναπτυχθεί σε χώρες όπως η Ολλανδία και η Ιρλανδία. Η ανάγκη για χρήση ιδίων πόρων μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες χαμηλού επιπέδου και άνισης παροχής υπηρεσιών ΑΦ. Έτσι στη Γερμανία υιοθετήθηκαν πολιτικές για την εξάλειψη της ανάγκης χρήσεως ιδίων πόρων με κάλυψη των εξόδων κατά 90% από Δημόσιους ή ιδιωτικούς ασφαλιστικούς πόρους. Μάλιστα υποχρέωσαν στην αρχή σε 10% και αργότερα σε 5% κάλυψη των εξόδων των ξενώνων να γίνεται από κεφάλαια φιλανθρωπίας, ώστε η παροχή των υπηρεσιών να μην εξαρτάται καθόλου από το εισόδημα των ασθενών.(54)

Η πληρωμή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας από ίδια κεφάλαια παρουσιάζει διαφορές αλλά και ομοιότητες μεταξύ 13 ευρωπαϊκών κρατών που μελετήθηκαν σε μία έρευνα των Πανεπιστημίων στις Βρυξέλλες και στη Χάγη (Διάγραμμα 4). Οι διαφορές αυτές αντανακλούν διαφορετικά συστήματα υγείας αλλά και πολιτισμικές διαφορές στον τρόπο της λειτουργίας της οικογένειας όπως και στην προτίμηση για το αν οι ασθενείς θέλουν να πεθάνουν στο σπίτι ή σε Νοσοκομειακό περιβάλλον.(9)



Διάγραμμα 4: Φαρμακευτική δαπάνη, δαπάνη για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη ως ποσοστό του συνολικού κόστους από ίδια κεφάλαια στο τελευταίο έτος της ζωής.(9)

1.3.3 (Γ) Κοστολόγηση και κατανομή των υπηρεσιών υγείας

Συνοπτική παρουσίαση μοντέλων κοστολόγησης

Η κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους οι οποίοι περιγράφονται στην εργασία των Deber et al.(35) Αποδέκτες των πληρωμών μπορεί να είναι είτε ατομικοί πάροχοι, είτε οργανισμοί. Οι χρηματοδοτικές ροές υλοποιούνται μέσα από διαφορετικές οπτικές και μία ποικιλία υπολογισμών. Αυτή δημιουργεί μοντέλα κοστολόγησης τα οποία λαμβάνουν υπ' όψιν τους δαπάνες διαφορετικών υπηρεσιών υγείας. Τα διάφορα μοντέλα κοστολόγησης συνοψίζονται στις εξής κατηγορίες: ανάλογα με το κόστος, ανάλογα με τον χρόνο, ανάλογα με εξατομικευμένες υπηρεσίες που προσφέρθηκαν, σύμφωνα με πληθυσμιακά πρότυπα (Capitation), και τέλος σύμφωνα με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Μία σύνοψη αυτών των μοντέλων κοστολόγησης υπηρεσιών υγείας παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.

Table 1. Resource Allocation and Reimbursement Models

Scope	Basis of payment				
	Costs	Time spent	Services delivered	Population served	Outcome
Individual (reimbursement)	Cost plus (e.g., drug benefits)	-Salary -Sessional -Per hour	Fee-for-service - per task - per visit		
Organization (resource allocation)	-Line-by-line and other budget-based models. -Average-cost models	-Per diem -Per hour	-Fee-for-service -Diagnosis-related groups -Resource intensity weights -Rate based	-Capitation -Fixed budget/catchment area	Performance contracting

Πίνακας 3. Μοντέλα κοστολόγησης υπηρεσιών υγείας

Το πρώτο μοντέλο βασίζεται στο κόστος των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν το οποίο και αποζημιώνεται εκ των υστέρων. Αυτό το μοντέλο είναι απλό και σχετικά εύκολο να εφαρμοστεί, όμως δεν δημιουργεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους παρόχους για μείωση του κόστους ενώ τους αφήνει έκθετους στους κινδύνους των αναδρομικών πληρωμών.

Το μοντέλο κοστολόγησης υπηρεσιών υγείας μπορεί επίσης να βασίζεται στον χρόνο που απαιτούν οι υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότεροι πάροχοι αποζημιώνουν τούς εργαζόμενους βάσει μισθού ενώ αρκετές φορές το ιατρικό προσωπικό αποτιμά την εργασία του με βάση τον χρόνο. Το μοντέλο είναι απλό και συγκεκριμένο αλλά κάποιες φορές οι ώρες που πληρώνονται δεν αξιοποιούνται πλήρως ενώ άλλες πληρώνονται ολιγότερες από αυτές που πραγματικά χρειάζονται ή έχουν προσφερθεί από τον λειτουργό υγείας. Οι μη σωστά αξιοποιημένες ώρες εργασίας εγείρουν επίσης και το ζήτημα τού «κόστους ευκαιρίας» το οποίο πρέπει να συνυπολογίζεται ως επιπλέον δαπάνη/όφελος.

Το επόμενο μοντέλο αποζημιώσεως βασίζεται στο *ίδιο το είδος της υπηρεσίας υγείας* η οποία προσφέρεται. Στο μοντέλο αυτό η πληρωμή καταβάλλεται ανάλογα με το είδος και την κατηγορία στην οποία κατατάσσεται η υπηρεσία. Αυτό, συνήθως, είναι ανεξάρτητο από τον χρόνο και τούς πόρους που δαπανήθηκαν. Μπορεί να εκφράζεται είτε ως Fee-For-Service, είτε ανά εισαγωγή ασθενούς (επεισόδιο Νοσηλείας), είτε ως ανά κλίνη/ημέρες νοσηλείας, και να βασίζεται σε κατάταξη ανάλογα με την διάγνωση της νόσου: Diagnosis Related Groups (DRG). Μπορεί επίσης να βασίζεται σέ ένα άλλο μοντέλο, το γνωστό ως case mix μοντέλο, το οποίο έχει αναγνωριστεί ως πολύ χρήσιμο εργαλείο στην κοστολόγηση των μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας και ανακουφιστικής φροντίδος. Σε αυτό η κοστολόγηση γίνεται σε επίπεδο κατατάξεως των ασθενών και όχι των ασθενειών και βασίζεται πρωτίστως στις *λειτουργικές ανάγκες* που έχουν οι ασθενείς.(55)

Ένα άλλο μοντέλο, διαφορετικό στην σύλληψή του από τα υπόλοιπα καθώς βασίζεται σέ πληθυσμιακά και όχι ιατρικά κριτήρια, είναι το πληθυσμιακό μοντέλο γνωστό ως Capitation. Εδώ ο πάροχος αποζημιώνεται βάσει αριθμού ασφαλιζομένων ασθενών για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, κυρίως 1 έτους και ανεξαρτήτως των υπηρεσιών που θα χρειαστούν οι ασφαλιζόμενοι ασθενείς. Με τον τρόπο αυτό ο πληρωτής προσπαθεί να κάνει οικονομίες κλίμακος, ενώ ο πάροχος αποσκοπεί στον έλεγχο της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Συχνά αυτό το μοντέλο συνοδεύεται από χαμηλή ποιότητα και ποσότητα παρεχομένων υπηρεσιών καθώς επίσης και σε υπο-αποζημίωση των λειτουργιών μέσα σε ένα πλαίσιο χαμηλού budget, αδιαφάνειας, κεντρικού ελέγχου και μονομερούς προτεραιοποίησης της κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα αυτό δίνει την δυνατότητα μιᾶς χωρίς συναίνεση αλλά *de facto* μετατροπής του κεφαλαιοποιητικού συστήματος της ασφάλισης με ίδιους-ιδιωτικούς πόρους σε αναδιανεμητικό και για τον λόγο αυτό μπορεί να παρουσιάζει πολιτικό ενδιαφέρον.(56) Αυτό, σέ συνθήκες μικρής κλίμακος πληθυσμών των συμβολαίων αυτών, μπορεί να δημιουργεί άνιση μεταχείριση και αξιοποίηση των ιδιωτικών πόρων των ασφαλισμένων, καθώς είναι γνωστό ότι το 50% των υγιέστερων ασθενών καταναλώνει μόλις το 5% των υγειονομικών πόρων.(57,58)

Τέλος, θεωρητικά τουλάχιστον, η κοστολόγηση μπορεί να γίνει βασισμένη πάνω στην αποτελεσματικότητα και σε στόχους που ζητείται να επιτευχθούν από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το μοντέλο είναι δύσκολο να επιτευχθεί παρουσιάζει όμως ενδιαφέρον καθώς επιτρέπει στους διαχειριστές των κεφαλαίων υγείας να πληρώνουν βασισμένοι πάνω σε

αποτελέσματα μάλλον, παρά πάνω σε υπηρεσίες.(59) Όμως το σύστημα είναι δύσκολο να αποτιμήσει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας με τρόπο πού να εκφράζει το κόστος πού επέφερε αυτό το αποτέλεσμα, καθώς αρκετές φορές το αποτέλεσμα δεν είναι ανάλογο με τις παροχές πού δαπανήθηκαν. Έτσι δεν θα ήταν σωστό να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα για να αποτιμηθεί το πραγματικό κόστος πού κατεβλήθη από τον πάροχο υγείας.(60,61)

1.4. ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

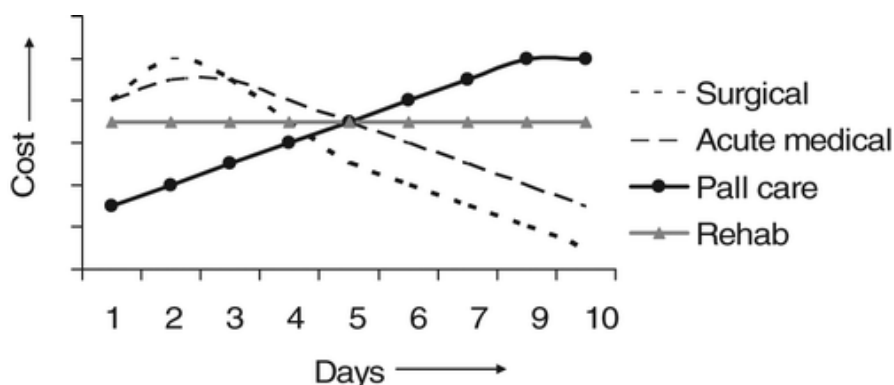
Οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας, ιστορικά, αποζημιωνόταν μέσα στα πλαίσια των ανωτέρω αναφερομένων μοντέλων, μάλιστα με κάποια παραλλαγή και μίξη αυτών ανάλογα με το σύστημα υγείας στο οποίο εφαρμοζόταν και αναλόγως με το είδος της υπηρεσίας καθ' εαυτής. Έτσι υπήρχαν τά μοντέλα πού βασιζόταν σέ μετά από διαπραγμάτευση εφ' άπαξ πληρωμή (block payments), ενώ άλλοτε η πληρωμή ήταν ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλίνη και άλλοτε ήταν ως εκ των υστέρων αποζημίωση ξεχωριστά για κάθε μία από τις υπηρεσίες πού προσφέρθηκαν. Τα μοντέλα αυτά παρουσίαζαν εγγενείς αδυναμίες: το block payments ήταν πολύ ασαφές και ενείχε υψηλό οικονομικό ρίσκο και για τις δύο πλευρές, κυρίως για τον πάροχο, δημιουργώντας συνθήκες αντικινήτρων για αποτελεσματικότητα. Το δεύτερο δεν ελάμβανε υπόψιν του τις διαφορετικές ανάγκες των ασθενών, ενώ στο τρίτο ενυπήρχε πάντοτε ο κίνδυνος της «ηθικής βλάβης» (moral hazard) του αγοραστή από την πλευρά του παρόχου.(62)

1.4.1 Κοστολόγηση των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας

Η κοστολόγηση και πληρωμή των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας που απαιτούν Νοσηλεία, μπορεί να γίνεται συχνά ανά επεισόδιο φροντίδας («τιμή ανά επεισόδιο») ανεξαρτήτως από την διάρκεια παραμονής στο Νοσοκομείο-Ξενώνα νοσηλείας ή να γίνεται αναλόγως με τις ημέρες νοσηλείας ('per diem'-ημερήσιο νοσήλιο). Η τιμή και στις δύο περιπτώσεις διαμορφώνεται βάσει μιάς κατατάξεως πού λαμβάνει υπόψιν την κύρια διάγνωση των ασθενών.(63) Τότε, το 1983, η Medicare πρότεινε το 'Prospective Payment System' για την σύντομη παραμονή των ασθενών με οξεία νόσο, το οποίο βασιζόταν στην κατάταξη των

ασθενών σέ ομάδες αναλόγως της κύριας διαγνώσεως της νόσου (Diagnosis Related Groups-DRGs). Σέ κάθε νόσο-κατηγορία DRG αντιστοιχήθηκε μία συγκεκριμένη τιμή νοσηλείας, καθώς θεωρήθηκε πώς ίδια διάγνωση σημαίνει ίδια, περίπου, κατανάλωση νοσοκομειακών πόρων για όλους τους ασθενείς.(64) Αυτό το μοντέλο με διάφορες παραλλαγές ακολουθήθηκε και σε άλλες ανεπτυγμένες στην ανακουφιστική φροντίδα χώρες όπως στην Αυστραλία, Νορβηγία, Καναδά, και αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες όπως Ιταλία, Γερμανία, Ολλανδία και Ουγγαρία.(65)

Τά συστήματα κοστολόγησης όμως εμφάνιζαν κάποιες αδυναμίες. Έτσι, η κοστολόγηση ανά επεισόδιο έδινε κίνητρο στον πάροχο για μη βέλτιστες-μη αποτελεσματικές υπηρεσίες με γρήγορο εξιτήριο καθώς και την δυνατότητα επιλογής εκείνων των ασθενών οι οποίοι θα είχαν μικρότερο κόστος («cream-skim» ασθενών). Από την άλλη το ημερήσιο νοσήλιο παρέμενε ανοιχτό στον κίνδυνο για παρατεταμένη αλλά μη απαραίτητη παραμονή των ασθενών στο Νοσοκομείο (τεχνητή ζήτηση).(66) Στην κοστολόγηση-πληρωμή ανά επεισόδιο προτάθηκε ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας (days cap) καθώς το υψηλό κόστος των υπηρεσιών συνέβαινε τις πρώτες ημέρες της Νοσηλείας στα οξέα περιστατικά, ενώ μετά την βελτίωση το κόστος περιοριζόταν σε κόστος ξενοδοχειακής παραμονής. Αυτό όμως, ήταν τελείως διαφορετικό για την ανακουφιστική φροντίδα όπου εμφανιζόταν αύξηση των αναγκαίων πόρων όσο πλησίαζε η ημέρα του θανάτου ενώ οι υπηρεσίες για την αποκατάσταση (rehabilitation) εμφάνιζε σχεδόν σταθερή κατανάλωση πόρων καθ' όλη την παραμονή. Έγινε επομένως αντιληπτό ότι έπρεπε να μελετηθούν τροποποιημένα μοντέλα για Νοσηλείες που απαιτούσαν μακροχρόνια παραμονή στο Νοσοκομείο.(67) Η διαφορά στον χρόνο Νοσηλείας μεταξύ χειρουργικών ασθενών, οξέων ασθενών, ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης αποτυπώνεται στο Σχέδιο 4.(68)



Διάγραμμα 5. Η διαφορά στο κόστος ανά ημέρα σε σχέση με τις ημέρες Νοσηλείας μεταξύ χειρουργικών ασθενών, οξέων ασθενών, ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης.(68)

1.4.2 Κοστολόγηση των κατ' οίκον υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας

Καθώς η επιθυμία των ανθρώπων είναι να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας και φροντίδας όσο γίνεται πιο κοντά στο σπίτι τους ή ακόμη καλύτερα στο σπίτι τους,(69) τα νέα συστήματα υγείας θα έπρεπε προσανατολίζονται προς την κατεύθυνση της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Έτσι τα κονδύλια που δαπανώνται προς την κατεύθυνση αυτή στην Αμερική αυξάνονται ταχύτατα ενώ υπάρχει πρόβλεψη για ετήσια αύξηση των δαπανών 67% για την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα μέχρι το 2026 η οποία είναι και η μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τις λοιπές δαπάνες υγείας.(69)

1.4.3 Case-mix μοντέλα για την κατ' οίκον φροντίδα (Home Health Care- HHC)

Διεθνώς, αναπτύσσεται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για ασθενο-κεντρικά (προσωποκεντρικά) και αποδοτικά case-mix μοντέλα αποζημιώσεως κατ' οίκον υπηρεσιών υγείας τα οποία μάλιστα να μπορούν να αποζημιώνουν προ-οπτικά τις δαπάνες. Τα μοντέλα αυτά δεν έχουν ως βάση την νόσο αλλά τους ασθενείς και είναι πολύ-παραγοντικά καθώς οικοδομούνται σε χαρακτηριστικά τα οποία έχουν σχέση και με την κατάσταση της υγείας τους αλλά και με ποικίλες λειτουργικές και κοινωνικές ανάγκες.(70) Τέτοια μοντέλα στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι το Adjusted Clinical Groups (ACGs)(71,72) καθώς και το Resource Utilization Groups (RUG-III) για τους ξενώνες νοσηλείας.(70) Τα πολυ-παραγοντικά αυτά μοντέλα αυτά επιχειρούν να κατατάζουν τους ασθενείς σε ομάδες όπου θα εκφράζεται η κλινική κατάσταση

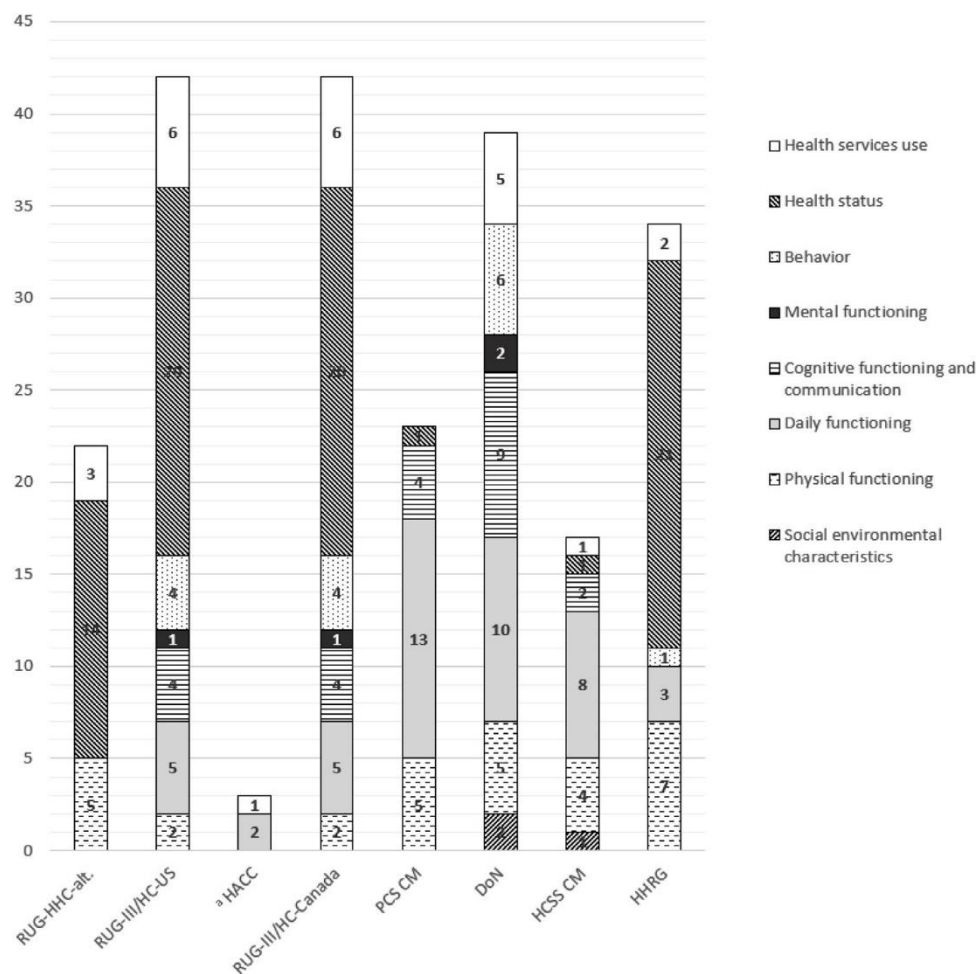
του ασθενούς με τέτοιον τρόπο ώστε να λειτουργούν ως παράγοντες πρόβλεψης της κατανάλωσης υγειονομικών πόρων.(73) Παρόλα αυτά έχει φανεί ότι πιο πολύπλοκα μοντέλα όπου η κλινική κατάταξη δεν σχετίζεται άμεσα με την κατάταξη των παραγόντων πρόβλεψης κόστους, ίσως μπορούν να δημιουργήσουν καλύτερα μοντέλα προβλέψεως της καταναλώσεως υγειονομικών πόρων.(74) Τα πολυ-παραγοντικά αυτά μοντέλα εκφράζουν πληρέστερα τις πραγματικές συνολικές ανάγκες των ασθενών στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα μάλιστα με πιο αποτελεσματικό τρόπο σε σχέση με τα DRG μοντέλα τα οποία βασίζονται αμιγώς στην κύρια διάγνωση της νόσου.(75,76) Στον Πίνακα 4 εμφανίζονται τα Case-mix μοντέλα για την κατ' οίκον φροντίδα, με χρονολογική σειρά. Εμφανίζονται οι χώρες, η χρονολογία έναρξης και ο κύριος εκπονητής τους.(77)

Case-mix model	Abbreviation	Country	Development/implementation status (year)	Developed by . . . (main author, plus additional included references)
Alternative model to the Resource Utilization Groups to Home Health Care	RUG-HHC-alt.	US	Developed (1993)	Branch et al. (78)
Resource Utilization Groups Version III for Home Care	RUG-III/HC-US	US	Developed and validated (2000)	Björkgren et al.
Home and Community Care model	HACC	Australia	Developed (2004)	Calver et al.
Resource Utilization Groups Version III for Home Care	RUG-III/HC-Canada	Canada	Validated (2008)	Poss et al.
Personal Care Services Case-Mix Model	PCS CM	US	Developed (2008)	Philips et al.
Degrees of Need	DoN	Germany	Developed (2008) and implemented (2017)	Büscher et al.
Home and Community Support Services Case-Mix Model	HCSS CM	New Zealand	Developed (2009) and implemented	Parsons et al.
Home Health Resource Groups	HHRG	US	Developed, implemented, and continuously updated (since 2000)	Centres of Medicare and Medicaid Services (CMS) commissioned by the US Government.

Πίνακας 4. Case-mix μοντέλα για την κατ' οίκον φροντίδα, με χρονολογική σειρά. Εμφανίζονται οι χώρες, η χρονολογία έναρξης και ο κύριος εκπονητής τους.(4)

Σε μία πρωτότυπη περιγραφική μελέτη του 2020 από το Πανεπιστήμιο του Μάαστριχτ (77), έγινε συστηματική ανασκόπηση της επιστημονικής αλλά και της γκρίζας βιβλιογραφίας κ μελετήθηκαν 8 case-mix μοντέλα τα οποία έχουν μέχρι σήμερα εκπονηθεί και εκ των οποίων τα 3 βρίσκονται σε εφαρμογή. Όλα τα μοντέλα εκπονήθηκαν με σκοπό την σύνδεσή τους με την αποζημίωση υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον. Τα μοντέλα αυτά χρησιμοποίησαν

προβλεπτικούς παράγοντες κόστους οι οποίοι δομήθηκαν πάνω σε ένα ή περισσότερα από έξι συνολικά εργαλεία εκτίμησης αναγκών των ασθενών της κατ' οίκον φροντίδας. Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν 127 διαφορετικοί παράγοντες πρόβλεψης κόστους σέ όλα τα μοντέλα. Κάθε μοντέλο περιελάμβανε από 3 έως 42 προβλεπτικούς παράγοντες και σε κάθε case-mix μοντέλο μέσα από μία συσχέτιση πολύπλοκων αλγορίθμων προέκυπταν case-mix ομαδοποιήσεις. Γενικά, κάθε case-mix μοντέλο περιελάμβανε από 5 έως 39 case-mix ομαδοποιήσεις με εξαίρεση το πιο πρόσφατο μοντέλο στις Ηνωμένες Πολιτείες το οποίο περιελάμβανε 153 case-mix κατηγορίες. Στα περισσότερα μοντέλα οι ασθενείς ήταν πολυπληθέστεροι στην κατηγορία που χρειαζόταν λίγους υγειονομικούς πόρους στην οποία όμως και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη διακύμανση των απαιτούμενων αναγκών. Η ερευνητική ομάδα του Μάαστριχτ ενέταξε τούς προβλεπτικούς παράγοντες όλων των μοντέλων σε κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές που συναντώνται συχνότερα σχετιζόταν με την φυσική λειτουργία, τις καθημερινές δραστηριότητες και την πρόβλεψη για χρήση υπηρεσιών υγείας των ασθενών, ενώ τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά περιελήφθησαν λιγότερο συχνά. (Διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6. Ανά case-mix μοντέλο, αριθμός παραγόντων πρόβλεψης ανά κατηγορία Μάαστριχτ. Ακρωνύμια, χώρα, έτος μελέτης(77):

RUG-HHC-alt. = Alternative model to the Resource Utilization Groups to Home Health Care, Ηνωμένες Πολιτείες, 1993
 RUG-III/HC = Resource Utilization Groups version III for Home Care, Ηνωμένες Πολιτείες, 2000 και Καναδάς 2008;
 HACC = Home and Community Care, Αυστραλία, 2004;
 PCS CM = Preliminary case-mix model for allocating personal care services, Ηνωμένες Πολιτείες, 2008;
 DoN = Degrees of Need (Pflegengraden), Γερμανία 2008-9;
 HCSS CM = Home and Community Support Services Case-Mix Model Νέα Ζηλανδία, 2009;
 HHRG = Home Health Resource Groups Ηνωμένες Πολιτείες, 2000-19.

Γενικά παρατηρήθηκε ότι τα case-mix μοντέλα μπορούν να ερμηνεύσουν σέ όρους R^2 (R -squared or coefficient of determination) κατά 14%-54% την εξηγήσιμη διακύμανση όσον αφορά το (σταθμισμένο) κόστος και τον χρόνο νοσηλείας δηλαδή τίς εξαρτημένες μεταβλητές οι οποίες μελετήθηκαν. Μόνο σέ 3 μοντέλα από τα 8 αναφερόταν το coefficient of variation (CV). Αυτό έδειξε σημαντική ανομοιογένεια στα συγκεκριμένα case-mix μοντέλα μέσα σε κάθε κατηγορία υποσημαίνοντας ενδεχόμενη διακύμανση στην χρήση υγειονομικών πόρων μεταξύ ασθενών οι οποίοι ανήκουν στην ίδια ομάδα στο κάθε μοντέλο. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει την ποικιλία των διαφόρων case-mix μοντέλων αφενός και αφ' ετέρου εστιάζει

στο θέμα της case-mix ταξινόμησης μάλλον χωρίς να γίνεται αναφορά στη σύνδεσή της με το κόστος και αλγορίθμους πληρωμών.

1.5. Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Μέχρι σήμερα στην Ελλάδα υπάρχει Νομοθετική ρύθμιση για τις Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας με τούς Νόμους:

1. Το άρθρο 17 του Νόμου 3106/2003 (ΦΕΚ Α 30/10-2-2003) (79)περί «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» και
2. Η Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμόν ΔΥ8/Β/οικ. 89126 (ΦΕΚ 1534-Β-17.8.2007) περί «Καθορισμού όρων, προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία “Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών” και κάθε άλλης λεπτομέρειας σχετικά με τις τεχνικές προδιαγραφές των κτιρίων....».(80)

Όμως, ακόμη και στον τελευταίο Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) τού ΕΟΠΥ, δεν γίνεται καμμία πρόνοια για Παροχές Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας.(81)

Υπάρχουν, επίσης, αναφορές στην Ανακουφιστική φροντίδα στά εξής Νομοθετήματα:

1. Νόμος 3459/2006 – ΦΕΚ 103/Α/25-5-2006 «Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν)» (82)
2. Νόμος 4139/2013 - ΦΕΚ Α-74/20-3-2013 «Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις»(83)
3. Νόμος 4238/2014 - ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.»(84)
4. Νόμος 4675/2020 - ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020 «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας -ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.»(85)

Σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία η ίδρυση και λειτουργία Μονάδας παροχής Κατ' Οίκον Ανακουφιστικής Φροντίδας ή/και Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας επιτρέπεται μόνο εφόσον αυτά ανήκουν σε ήδη λειτουργούντα Ξενώνα Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών (ΞΕΝΟΦΑΑΑ). Ωστόσο, η ίδρυση και λειτουργία ενός ΞΕΝΟΦΑΑΑ αποτελεί ένα ιδιαίτερα δαπανηρό, χρονοβόρο και δύσκολο εγχείρημα, ιδίως λαμβάνοντας

υπόψη τις τεχνικές προδιαγραφές και απαιτήσεις όπως αυτές εμφανίζονται στην εν λόγω Απόφαση.

Η «Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη και Υλοποίηση της Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα» συστήθηκε από το Υπουργείο Υγείας με πρωτοβουλία και χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (Α 1β/Γ.Π.ΟΙΚ 58099, 25/7/2018). Εθνική επιτροπή είναι 15 μελής και έργο της είναι η εκπόνηση Μελέτης Σκοπιμότητας και Εκτίμησης Αναγκών, Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ανακουφιστική Φροντίδα και Παρακολούθηση της υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου καθώς και υποστήριξη των εμπλεκόμενων Φορέων.

Μέχρι σήμερα η Επιτροπή έχει ολοκληρώσει και υποβάλει στο Υπουργείο Υγείας τη Μελέτη Σκοπιμότητας και Εκτίμησης Αναγκών και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ανακουφιστική Φροντίδα.(86)

Έμμεση μέριμνα διεφάνη και στο νέο Αναπτυξιακό Πρόγραμμα "Next Generation EU" Ελλάδα 2.0 Άξονας 3.3 (87) ενώ αναμένεται η ψήφιση του νέου Νόμου για την Ανακουφιστική Φροντίδα προς αντικατάσταση του Νόμου 3106/2003, ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη των υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στη χώρα μας.

Η παροχή Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα είναι αποσπασματική, ως προς το εύρος κ τον τρόπο της εφαρμογής της και δεν χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που χαρακτηρίζονται από μικρό αριθμό ξενώνων και υπηρεσιών Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας, οι οποίες συνήθως παρέχονται από ΜΚΟ σε εξωνοσοκομειακές δομές και κατ' οίκον και είναι περιορισμένες συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας.(88)

Η περιορισμένη ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας αποδίδεται σε μία σειρά από λόγους, μεταξύ των οποίων η έλλειψη ενημέρωσης, η άγνοια των υπηρεσιών της και η απουσία σχετικής νομοθεσίας. Καθοριστικό ρόλο παίζει επίσης η περιορισμένη πρόσβαση στην μεταπτυχιακή εκπαίδευση και σε εκπαιδευτικά/επιμορφωτικά προγράμματα για λειτουργούς υγείας καθώς και η μη αναγνώριση της Ανακουφιστικής Αγωγής ως εξειδίκευσης της ιατρικής ή της νοσηλευτικής. Αρνητικά, επίσης, συμβάλλει η χαμηλή κοστολόγηση των σχετικών υπηρεσιών υγείας από το Δημόσιο, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ υπηρεσιών, καθώς και η απουσία ενός νομοθετικού πλαισίου για τον εθελοντισμό στην υγεία.(89)

Η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα είναι κυρίως μη ειδική και παρέχεται από μία ποικιλία λειτουργών υγείας όπως ογκολόγους, αναισθησιολόγους, ψυχολόγους, νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς. Πολλές φορές παρέχεται κατά τη λειτουργία των ιατρείων πόνου τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια Τμημάτων Αναισθησιολογίας ή Ογκολογικών Κλινικών εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, είτε σε νοσηλευόμενους ασθενείς είτε σε εξωτερικούς ασθενείς. Η ανακουφιστική φροντίδα στο πλαίσιο αυτό περιλαμβάνει χρόνιους ασθενείς που πάσχουν συνήθως από καρκίνο, κατά πλάκας σκλήρυνση και AIDS. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει επίσημα Δημόσια ανεξάρτητη μονάδα παροχής ειδικής ανακουφιστικής φροντίδας στην χώρα. Υπολογίζεται ότι το 72% των υπηρεσιών μέχρι το 2013, προσφερόταν στο ανωτέρω αναφερόμενο πλαίσιο καθώς και από μία ομάδα εθελοντών εξειδικευμένων στην ανακουφιστική φροντίδα η οποία λειτουργούσε επί 24ωρου βάσεως. Επιπλέον υπήρχαν κλινικές πόνου σε 57 Νοσοκομεία, 15 ομάδες κατ' οίκον θεραπείας του πόνου, 4 διεπιστημονικές ομάδες πόνου, 2 μονάδες πόνου σε τριτοβάθμια Νοσοκομεία και 8 κέντρα πόνου σε εξωτερική βάση.(90)

Ομοίως η ανάπτυξη ξενώνων φιλοξενίας για την ανακουφιστική φροντίδα δεν έχει ακόμη πραγματοποιηθεί. Μέχρι και σήμερα, η υπόσχεση στον νόμο 3106/2003 να λειτουργήσουν τέτοιοι ξενώνες, η πρόβλεψη στο νομοθετικό πλαίσιο του 2007 που έθετε προϋποθέσεις και προδιαγραφές λειτουργίας τους καθώς και αργότερα το 2011 η πρόταση να μετατραπούν μικρά χαμηλής λειτουργικότητας Νοσοκομεία σε ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας, όλα έμειναν απραγματοποίητα σχέδια και υποσχέσεις χωρίς αντίκρισμα.(91) Αυτά τα κενά στην κυβερνητική πολιτική Υγείας, καλύπτονται, έστω και εν μέρει, από Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς και Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς οι οποίοι βασίζονται στον εθελοντισμό.

Στον Πίνακα 5 εμφανίζονται Πάροχοι Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα με τις δραστηριότητες που αναπτύσσουν, την διάρθρωση της στελέχωσης και λειτουργίας τους την έναρξη λειτουργίας και το εύρος των δραστηριοτήτων τους.

Πίνακας 5. Προφίλ Παρόχων.(86)

[Τα στοιχεία του πίνακα συμπληρώθηκαν με την ευθύνη των φορέων ενώ η κατηγοριοποίηση έγινε με την φροντίδα των συντακτών της Μελέτης Σκοπιμότητας]

Προφίλ Παρόχων Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας

α	Ονομασία Προγράμματος	Ημ/νία ίδρυσης	Γεωγραφική κάλυψη	Παρεχόμενες υπηρεσίες	Προσωπικό ανά ειδικότητα (αριθμοί και χρόνος απασχόλησης)	Αριθμός εισαγωγών το 2017 ανά διαγνωστική κατηγορία νόσου
---	-----------------------	----------------	-------------------	-----------------------	---	---

1	Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής “Τζένη Καρέζη” Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο	1992	Αθήνα, Λεκανοπέδιο Αττικής και περιοχές ανά την Ελλάδα	Εξωτερικά Ιατρεία σε καθημερινή βάση και συμβουλευτικές υπηρεσίες επί καθημερινής 24ωρης βάσης Άλλες υπηρεσίες: Κλινική για μη νοσηλευόμενους ασθενείς, ρεφλεξολογία, χαλάρωση, ψυχολογική στήριξη σε ασθενείς και τις οικογένειές τους, ψυχοθεραπεία, στήριξη πένθους, φυσιοθεραπεία, εκπαιδευτικά προγράμματα, κλινική έρευνα	Εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης: Γιατροί: 2 Νοσηλευτές: 1 Βοηθοί νοσηλευτών: 0 Κοινωνικοί λειτουργοί: 1 Ψυχολόγοι: 2 Φαρμακοποιοί: 1 Θεραπευτές: 2 Διοικητικό προσωπικό: 1 Εθελοντές: 8 1 γιατρός, 1 διαιτολόγος, 1 κοινωνικός λειτουργός, 1 ψυχίατρος, 2 νοσηλευτές, 1 εργοθεραπευτής, 1 φυσιοθεραπευτής	Σύνολο: 445 (νέα περιστατικά 398) καρκίνος, Σύνολο: 264 (231 νέα περιστατικά) νόσος κινητικών νευρώνων, 4 (2 νέα περιστατικά) καρδιο-αναπνευστικές παθήσεις Άλλες: Σύνολο 177 (165 νέα περιστατικά): αυτοάνοσα νοσήματα, νευρολογικές ασθένειες, νόσος Alzheimer & άνοια, νεφρική ανεπάρκεια, AIDS κ.ά
α	Ονομασία Προγράμματος	Ημ/νία ίδρυσης	Γεωγραφική κάλυψη	Παρεχόμενες υπηρεσίες	Προσωπικό ανά ειδικότητα (αριθμοί και χρόνος απασχόλησης)	Αριθμός εισαγωγών το 2017 ανά διαγνωστική κατηγορία νόσου
2	“ΓΑΛΙΛΑΙΑ” Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας Μη κερδοσκοπική εκκλησιαστική οργάνωση, με το νομικό καθεστώς οργανισμού ιδιωτικού δικαίου υπό την αιγίδα της Ιεράς Μητροπόλεως Μεσογαίας και Λαυρεωτικής	1 ^η Μαρτίου 2010	Μεσόγεια και Λαυρεωτική, δηλ. Ανατολική και Νότια Αττική για τις υπηρεσίες κατ' οίκον και λεκανοπέδιο Αττικής για τον Ξενώνα	9 κλίνες Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Απασχόλησης Κατ' οίκον φροντίδα (1 ομάδα) Συμβουλευτικές υπηρεσίες Στήριξη πένθους	Γιατροί: 3 Νοσηλευτές: 15 Βοηθοί νοσηλευτών: 2 Κοινωνικοί λειτουργοί: 3 Ψυχολόγοι: 1 Φαρμακοποιοί: ΟΧΙ Θεραπευτές: 1 Διοικητικό προσωπικό: 7 Εθελοντές: 150 Άλλοι εργαζόμενοι (καθαριότητα): 4	Νέες περιπτώσεις κατ' έτος Καρκίνος: 122 Νόσος του κινητικού νευρώνα 15 (συνολικά)

3	“Μέριμνα” Εταιρεία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Ασθένεια και το Θάνατο Μη κερδοσκοπική οργάνωση	1995 Ίδρυση της οργάνωσης Η υπηρεσία Παιδιατρικής Ανακου- φιστικής Φροντίδας(ΥΠΑ Φ)ξεκίνησε τη λειτουργία τηςτον Ιανου- άριο2010	Αθήνα, Πειραιάς & Αττική	Κατ’ οίκον φροντίδα(1 ομάδα) Συμβουλευτικές υπηρεσίες σε παιδιάτρους και άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, ψυχολόγους, θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευ- τές, δασκάλους, κ.ά.) σε νοσοκομεία παιδών και την τοπική κοινότητα. Άλλες υπηρεσίες: συνεργασίας με παιδιατρικές μονάδες νοσοκομείων, εκπαιδευτικά προγράμματα	Γιατροί: 2 παιδιάτροι (μερικής απασχόλησης - 50%) Νοσηλευτές: 2 (πλήρους απασχόλησης) Βοηθοί νοσηλευτές κοινωνικοί λειτουργοί: 1 (εθελοντής - 40%) Ψυχολόγοι: 1 (μερικής απασχόλησης- 50%) Διοικητικό προσωπικό: 1 γραμματέα (μερικής απασχόλησης - 50%) Εθελοντές: 6 για τις πρακτικές ανάγκες της οικογένειας	12 παιδιά με νευρολογικό νόσημα 5 παιδιά με νευρομυϊκές εκφυλιστικές ασθένειες 4 παιδιά με καρκίνο 1 παιδί με μεταβολική ασθένεια 1 παιδί με σύνδρομο
---	---	---	--------------------------------	--	---	--

Προφίλ παρόχου Γενικής Ανακουφιστικής Φροντίδας - Ιατρείο Πόνου Αρεταίειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου

α	Ονομασία Προγράμματος	Ημ/νία ίδρυσης	Γεωγραφική κάλυψη	Παρεχόμενες υπηρεσίες	Προσωπικό ανά ειδικότητα (αριθμοί και χρόνος απασχόλησης)	Αριθμόςεισαγ- ωγών το 2017 ανά διαγνωστική κατηγορία νόσου
---	--------------------------	-------------------	----------------------	--------------------------	---	---

<p>Ιατρείο Πόνου Α' Αναλγησιολογική Κλινική, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών</p>	1998	Ελλάδα	<p>Ανακούφιση πόνου και Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχονται σε νοσηλευόμενους στο Κέντρο και σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες : 120 νοσηλευόμενοι ετησίως, 5- 7κλίνες/το μήνα Ημερήσια Φροντίδα (& αριθμός κλινών): καμία κλίνη στην κλινική πόνου και στο κέντρο παρηγορικής φροντίδας; Ωστόσο παρέχονται υπηρεσίες ανακούφισης πόνου και Ανακουφιστικής Φροντίδας σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς, καθώς φιλοξενούνται για ημερήσια φροντίδα σε άλλες μονάδες του Αρεταίειου; 105 ασθενείς ημερήσιας φροντίδας και μέχρι 5 κλίνες. Κατ' οίκον φροντίδα (# ομάδες): NAI πάνω από 2 συμβουλευτικές υπηρεσίες: NAI Άλλες υπηρεσίες: NAI αναγνωρισμένη από το κράτος εκπαίδευση γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας σε προ- και μεταπτυχιακό επίπεδο. Επίσης, MASTER στις</p>	<p>Γιατρός: 1 προσωπικό νοσοκομείου (πλήρους), 1 προσωπικό νοσοκομείου (μερικής απασχόλησης - 30%) και 4 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) Νοσηλεύτες: 1 προσωπικό νοσοκομείο (1 πλήρους) and 3 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) Βοηθοί νοσηλευτές: 2 προσωπικό νοσοκομείου (1 πλήρους και 2 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) κοινωνικοί λειτουργοί: 2 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) Ψυχολόγοι: 6 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) Φαρμακοποιοί: 2 προσωπικό νοσοκομείου (μερικής απασχόλησης - 25%) Θεραπευτές: 4 εθελοντές (μερικής απασχόλησης - 20%) Διοικητικό προσωπικό: 1 προσωπικό νοσοκομείου (0,25</p>	<p>1.756 άτομα, 40% εκ των οποίων καρκινοπαθείς. Παρέχεται πλήρης Ανακουφιστική Φροντίδα, από τα αρχικά στάδια της νόσου 25 κατ' οίκον επισκέψεις το</p>
---	------	--------	--	--	---

παραπάνω
ειδικότητες.

πλήρους) και 1
εθελοντής
Εθελοντές από
διαφορετικές
ειδικότητες
καλούνται
ανάλογα με τη
ζήτηση -
διατροφολόγοι,
οζονοθεραπευτές,
οδοντίατροι,
ρεφλεξολόγοι,
shiatsu, ιερείς.
Καθένας (0,1
πλήρους απασχ.)
Άλλοι: μόνιμοι στο
Κέντρο και από
διάφορες
ειδικότητες

Διεπιστημονική ομάδα κατ' οίκον Ανακουφιστικής Φροντίδας

α	Ονομασία Προγράμματος	Ημ/νία ίδρυσης	Γεωγραφική κάλυψη	Παρεχόμενες υπηρεσίες	Προσωπικό ανά ειδικότητα (αριθμοί και	Αριθμός εισαγ ωγών το 2017 ανά
---	--------------------------	-------------------	----------------------	--------------------------	---	--------------------------------------

				χρόνος απασχόλησης)	διαγνωστική κατηγορία νόσου
«Νοσηλεία» Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Παροχής Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Φροντίδας	2001 Ίδρυση της οργάνωσης Το πρόγραμμα κατ' οίκον Ανακουφιστικής Φροντίδας «Στηρίζουμε» λειτουργήσε από το Νοέμβριο του 2017 μέχρι τον Ιούνιο του 2018, σε συνεργασία με το σύλλογο ασθενών "ΚΕΦΙ" Σήμερα σε αναστολή λειτουργίας.	Ευρύτερη περιοχή του Δήμου Αθηναίων	Κατ' οίκον Ανακουφιστική Φροντίδα (ομάδες) Συμβουλευτικές υπηρεσίες Άλλες υπηρεσίες	1 γιατρός, 180 ώρες 1 νοσηλεύτης, 360 ώρες 1 βοηθός νοσηλεύτης, 2080 ώρες 1 κοιν. λειτουργός, 360 ώρες 1 ψυχολόγος, 360 ώρες Φαρμακοποιοί Θεραπευτές 1 Διοικ. προσωπικό, 2080 ώρες 1 Διοικ. προσωπικό, 1040 ώρες Εθελοντές- Γιατροί 1 Γιατρός, 260 ώρες 1 Γιατρός, 130 ώρες 1 Γιατρός, 130 ώρες 1 Γιατρός, 70 ώρες Εθελοντές- Νοσηλεύτες 1 Νοσηλεύτης, 780 ώρες Εθελοντές- Ψυχολόγος 1 , 130 ώρες	Καρκίνος: 22 Νόσος κινητικού νευρώνα Καρδιο- αναπνευστικά νοσήματα, άλλες χρόνιες παθήσεις: 48 εισαγωγές το 2017 και 53 ασθενείς που παραμένουν υπό παρακολούθηση

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία αυτά, η Ανακουφιστική Αγωγή «Τζένη Καρέζη» όπως και το Ιατρείο Πόνου τού Αρεταιείου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου παρέχουν μόνον υπηρεσίες για τον πόνο η «Μέριμνα» αναφέρεται αποκλειστικά σέ Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα ενώ η «Νοσηλεία» πού είχε ξεκινήσει προσανατολισμένη σέ υπηρεσίες κατ' οίκον, έχει αναστείλει εδώ και μερικά χρόνια την λειτουργία της για οικονομικούς λόγους. Από τούς προαναφερόμενους Παρόχους, μόνον η «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» μπορεί να θεωρηθεί ως Ειδική Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας με οργανωμένο Ξενώνα φιλοξενίας και ευρεία δράση κατ' οίκον υπηρεσιών ανακουφιστικής Φροντίδας σέ μεγάλο αριθμό ασθενών τελικού σταδίου.(86)

1.6. Η ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»*1.

1.6.1 Εισαγωγή

Η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ιδρύθηκε το 2010 υπό την σκέπη της ΙΜΜΛ υλοποιώντας το όραμα του Μητροπολίτη της κ. Νικολάου. (www.galilee.gr).

Μέχρι σήμερα έχει φροντίσει περισσότερους από 1200 ασθενείς στην Αττικής. Στηρίζεται σε δωρεές και χορηγίες ιδιωτών, Ιδρυμάτων και Επιχειρήσεων, καθώς οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν για τον ασθενή και την οικογένειά του και δεν ενισχύεται οικονομικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» προσφέρει ΑΦ κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο και τη νόσο του κινητικού νευρώνα (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS):

- Στο σπίτι των ασθενών από το 2010
- Στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας & Απασχόλησης από το 2011.
- Στον Ξενώνα ΑΦ, το πρώτο Hospice στην Ελλάδα, που ξεκίνησε να λειτουργεί τον Ιανουάριο του 2018.
- Στήριξη σε πενθούντες οικείους ασθενών της.

Η «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» στελεχώνεται από εξειδικευμένη Διεπιστημονική Ομάδα λειτουργών υγείας που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγο, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ιερείς και υποστηρίζεται από υψηλής εκπαίδευσης Διοικητική Ομάδα, εκπαιδευμένους Εθελοντές και τμήμα υποστήριξης λειτουργίας με καθαριστές και τραπεζοκόμους.

1.6.2 Η Λειτουργία και οι Υπηρεσίες της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ»

1.6.2.1 Λειτουργία

Η «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» εφαρμόζει από το 2014 Εσωτερικό Κανονισμό λειτουργίας και Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας (ΣΔΠ) για την παροχή υπηρεσιών ΑΦ σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή νόσο, κατ' οίκον και σε Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Απασχόλησης και υπηρεσιών εκπαίδευσης Ενηλίκων στην Αυτοφροντίδα και τον Εθελοντισμό.

*1 Από την Μεταπτυχιακή ΔΕ με τίτλο «Το Κόστος Ποιότητας Μονάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας: Η μελέτη περίπτωσης της Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» της Ιεράς Μητροπόλεως Μεσογαίας και Λαυρεωτικής», στα Πλαίσια του μαθήματος Διαχείριση και Τεχνολογία Ποιότητας. Συνεγράφη από την κ. Μόνικα-Φιλίτσα Ξενικού, Υπεύθυνη Ποιότητας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» και βρίσκεται κατατεθειμένη στο αποθετήριο του ΕΑΠ από 2020.

1.6.2.2 Φροντίδα στο σπίτι

Η προσφορά υπηρεσιών κατ' οίκον (Φωτογραφία 1) αποτελεί το μεγαλύτερο χρονικά έργο της Μονάδος και εξυπηρετεί σήμερα κατά μέσο όρο 50-60 ασθενείς εβδομαδιαίως,

Το ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας κατ' οίκον της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ» περιλαμβάνει τις εργάσιμες ημέρες και ώρες, ενώ διατίθεται τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας για επείγουσες, εκτός ωραρίου, περιπτώσεις. Μέλος της ομάδας είναι διαθέσιμο για τους ασθενείς για τηλεφωνική συμβουλευτική παρέμβαση όλο το 24ωρο, σε ειδικό τηλέφωνο επειγόντων.

Στην έδρα της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ», στα Σπάτα, υπάρχουν επίσης δύο πλήρως εξοπλισμένα εξεταστήρια το πρώτο για ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη και το δεύτερο για υδροθεραπείες και μαλάξεις. Τέλος, στα γραφεία της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ» υπάρχει ειδικός χώρος για ιδιωτική συνεδρία με κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή ιερέα για τη ψυχοκοινωνική και πνευματική στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους ή για στήριξη στο πένθος.

1.6.2.3 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Απασχόλησης (ΚΗΦΑ)

Από το 2011, 2 φορές την εβδομάδα για 4 ώρες συνδυάζεται η ΑΦ και και ψυχοκοινωνική υποστήριξη με δημιουργική απασχόληση 20 περίπου ασθενών κάθε φορά. Στελεχώνεται από νοσηλευτές και εκπαιδευμένους εθελοντές και λειτουργεί σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στις εγκαταστάσεις της «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ».

1.6.2.4 Ξενώνας Ανακουφιστικής Φροντίδας

Η «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» λειτουργεί από το 2018 Ξενώνα ΑΦ (Hospice), στεγασμένο σε έναν ειδικά σχεδιασμένο και υπερσύγχρονο χώρο.

Στο χώρο αυτό οι ασθενείς με τον φροντιστή τους φροντίζονται για σύντομο χρονικό διάστημα με στόχο (α) την αντιμετώπιση συμπτωμάτων πιο άμεσα σε σχέση με το σπίτι, (β) την ανάπαυλα των φροντιστών ή (γ) την κατάληξη των ασθενών σε περιπτώσεις που το οικείο περιβάλλον αδυνατεί να τη διαχειριστεί στο σπίτι. Οι υπηρεσίες στον Ξενώνα παρέχονται δωρεάν, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής ή μη κάλυψης του ασθενούς.

1.6.2.5 Στήριξη Πενθούντων

Η ΑΦ συνεχίζεται και μετά την κοίμηση του ασθενούς με τη στήριξη στο πένθος του φροντιστή του, εφόσον υπάρχει ανάγκη και το επιθυμεί. Η συνολική διάρκεια των συναντήσεων δεν ξεπερνά το ένα έτος.

1.6.2.6 Εθελοντική Δράση

Οι εθελοντές στην «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» κατόπιν ετήσιας εκπαίδευσεως συμμετέχουν ενεργά και ουσιαστικά στις ποικίλες δραστηριότητές της στην κατ' οίκον φροντίδα, στον Ξενώνα και στην ενημέρωση της κοινωνίας ανακουφίζοντας τον προϋπολογισμό κατά περίπου 1 εκ το χρόνο.

1.7. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1.7.1 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η εκτίμηση κόστους των υπηρεσιών ΑΦ στην κοινότητα. Ως μελέτη περίπτωσης χρησιμοποιείται η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», η μόνη ΜΑΦ αυτού του τύπου στην Ελλάδα. Ως πρότυπο για την μελέτη αλλά και ως μέτρο σύγκρισης αποτελεί το μοντέλο της παρόμοιας μελέτης του Πανεπιστημίου του Μάαστριχτ το οποίο είναι πρόσφατα ανεπτυγμένο και αφορά την ανάπτυξη ενός casemix μοντέλου για την ΑΦ και έχει, μέχρι σήμερα, υποβληθεί επιτυχώς σε εσωτερική επικύρωση (internal validation).

Σύμφωνα με το Ολλανδικό μοντέλο κόστους των Elissen et al (92), το επίπεδο σοβαρότητας της case-mix ομάδας στην οποία έχουν κατηγοριοποιηθεί οι ασθενείς (βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, ανεξαρτήτων μεταβλητών - independent variables - input variables), αντιστοιχεί στενά και αξιόπιστα στον χρόνο, (ως εξαρτημένη μεταβλητή dependent variable - output variable), τον οποίο κάθε ασθενής θα χρειαστεί για την ΑΦ του. Από αυτό συνάγεται ότι οι ώρες που απαιτούνται ως πόροι υγείας για την ΑΦ κάθε ασθενούς, αντανακλούν και την σοβαρότητα της κατηγοριοποίησης στην οποία κάθε ασθενής εντάσσεται. Έτσι, στην μελέτη αυτή η αρχική αποτίμηση του κόστους των πόρων υγείας θα γίνει όχι με βάση την κατηγοριοποίηση αλλά με βάση τον χρόνο που απαιτείται για την ΑΦ κάθε ασθενούς.

1.7.2 Τα ερευνητικά ερωτήματα

Για να υπηρετηθεί ο σκοπός της εργασίας αυτής, η οποία αναφέρεται στην μελέτη περίπτωσης της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», θα επιχειρηθεί να απαντηθούν δύο κύρια ερευνητικά ερωτήματα:

Το πρώτο ερώτημα Ποιο είναι το σταθμισμένο κόστος κάθε χρεώσιμης ώρας υπηρεσιών ΑΦ στην κοινότητα στα πλαίσια της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» και πώς συγκρίνεται αυτό με το αντίστοιχο κόστος που υπολογίστηκε στο Ολλανδικό μοντέλο από την

PriceWaterhouseCoopers;

Ποιο είναι το κόστος κάθε άμεσης ώρας για τους EQF 6 και EQF 8;

Το δεύτερο ερώτημα. Πόσες σταθμισμένες χρεώσιμες ώρες υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας κατά Μέσο Όρο χρειάζεται προοπτικά ο ασθενής σε κάθε μία από τις 3 κατηγορίες του PPS ανά μήνα; Ποιο είναι το αντίστοιχο κόστος σύμφωνα με το Ολλανδικό μοντέλο και ποιο σύμφωνα με τα πραγματικά δεδομένα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»;

- **Τελικού σταδίου** (End-of-Life): <30%
- **Ασταθής** (Transitional-Unstable) 40%-60% και
- **Σταθερή** (Stable) 70%-100%.

Με άξονα τά δύο αυτά κεντρικά ερωτήματα θα διερευνηθούν και συζητηθούν και επί μέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- Πώς κατανέμονται σε κάθε κατηγορία οι ασθενείς τούς οποίους φροντίζει η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» στην κοινότητα;
- Επιβεβαιώνεται, στα πλαίσια της «ΓΑΛΙΛΑΙΑς», το συμπέρασμα του Ολλανδικού μοντέλου πώς όσο μεγαλώνει η σοβαρότητα της κατηγοριοποίησης τόσο αυξάνουν και οι σταθμισμένες ώρες που απαιτούνται;
- Πόσες άμεσες και πόσες χρεώσιμες ώρες ανακουφιστικής φροντίδας προσφέρει κάθε μία από τις 2 κατηγορίες επαγγελματιών υγείας (EQF 6 και EQF 8) για κάθε κατηγορία ασθενών σε διάστημα ενός μηνός;
- Πόσες σταθμισμένες χρεώσιμες ώρες υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας κατά Μέσο Όρο χρειάζεται προοπτικά το σύνολο των ασθενών σε κάθε μία από τις 3 κατηγορίες του PPS ανά μήνα;

Τά παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μελλοντικής ερευνής:

- *Αριθμός επισκέψεων:* α. Ποιος ο Μέσος Όρος του αριθμού των επισκέψεων ανά 4 εβδομάδες ανά κατηγορία ασθενών και β. Ποιος ο Μέσος Όρος του αριθμού των επισκέψεων ανά ασθενή σε κάθε υπο-κατηγορία ανά 4 εβδομάδες;
 - Ποιο το αντίστοιχο κόστος των επισκέψεων:
 - Α. Ανά ασθενή ανά επίσκεψη (Α1)

ανά μήνα (A2)

○ Β. Ανά κατηγορία

ανά επίσκεψη (B1)

ανά μήνα (B2)

- Πόσο χρόνο παραμένει ο ασθενής ανά κατηγορία στην φροντίδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΑΛΙΑ»;

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΕΩΣ

Για τον υπολογισμό του κόστους των Υπηρεσιών ΑΦ στην μελέτη τη περίπτωσης της ΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ, χρησιμοποιήθηκε η bottom-up μέθοδος της μικρο-κοστολόγησης καθώς αυτή δίνει ακριβή αποτελέσματα ανά μονάδα, δηλαδή ανά ασθενή, στις υπηρεσίες υγείας. Στη μέθοδο αυτή γίνεται αναλυτική καταγραφή όλων των ιατρικών, νοσηλευτικών, φαρμακευτικών, αναλώσιμων υλικών καθώς και όλων των λοιπών υπηρεσιών και γενικών εξόδων τα οποία καταναλώνονται ως πόροι Υπηρεσιών ΑΦ για τον μέσο ασθενή. Με τη χρήση της μεθόδου αυτής μπορεί να υπολογιστεί η ποσότητα και το αντίστοιχο κόστος των καταναλισκομένων πόρων Υγείας από τους ασθενείς επιτρέποντας έτσι την αντιστοίχιση του κόστους για κάθε ασθενή, ή για κάθε κατηγορία ασθενούς.(93)

2.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Για την μελέτη αυτή λαμβάνονται υπ' όψιν οι ακόλουθες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας ως παράγοντες που συμμετέχουν στο κόστος των ασθενών:

- Όλες οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας (άμεσες και έμμεσες) οι οποίες παρέχονται από τους λειτουργούς υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» το οποίο υπηρετεί στην κοινότητα τις ανάγκες των ασθενών.
 - ο Άμεσες: οι υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται όταν ο λειτουργός υγείας βρίσκεται *μαζί* τον ασθενή συνήθως στο σπίτι του. Αυτές περιλαμβάνουν νοσηλευτικές, προσωπικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται στον τόπο διαμονής του ασθενούς.(94) Αυτές οι υπηρεσίες ΑΦ αναφέρονται συχνά στην βιβλιογραφία και ως “formal care”.
 - ο Έμμεσες: οι υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται *για* τον ασθενή αλλά εκτός της οικίας του ασθενούς. Διακρίνονται σε:
 - ο Σχετιζόμενες ειδικά με κλινικές υπηρεσίες για την ΑΦ των ασθενών κατά την ημέρας της επισκέψεως σε αυτούς, όπως συνεργασία για τον ασθενή πριν και μετά την επίσκεψη, συναντήσεις, συνεργασίες, συμβουλευτική μεταξύ των λειτουργών υγείας κ με τους φροντιστές των ασθενών, εξυπηρέτηση κοινωνικών και ασφαλιστικών αναγκών.
 - ο Σχετιζόμενες γενικά με κλινικές υπηρεσίες για την ΑΦ όλων των ασθενών, όπως εσωτερική εργασία στην ΜΑΦ σχετικά με τους ασθενείς, συμμετοχή σε συναντήσεις, ημερίδες, εκπαίδευση, έξοδα μετακινήσεως

- Όλες οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από το προσωπικό της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» το οποίο δεν υπηρετεί κατ' οίκον τις ανάγκες των ασθενών. Το προσωπικό αυτό συνήθως ασχολείται με τα γενικά έξοδα και την διαχείριση, στις οικονομικές υπηρεσίες τον έλεγχο της ποιότητας, την γραμματειακή υποστήριξη.
 - Το κόστος αυτών των δραστηριοτήτων υπολογίζεται από την μισθοδοσία του προσωπικού.
 - Άλλα κόστη όπως έξοδα μετακινήσεως, έξοδα εκπαίδευσεως
 - Άλλα έξοδα όπως για την επικοινωνία, εκπαίδευση, προαγωγή της ποιότητας, διαφήμιση-ενημέρωση, συνδρομές σε εταιρείες και περιοδικά καθώς και συμβουλευτικές υπηρεσίες που λαμβάνει η ΜΑΦ για οικονομικά, διαχειριστικά και λοιπά θέματα.
 - Κόστος κεφαλαίου όπως οι μακροχρόνιες μισθώσεις και οι αποσβέσεις

2.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΧΡΕΩΣΙΜΟΥ ΧΡΟΝΟΥ (BILLABLE HOURS)

Ως χρεώσιμος χρόνος (billable hours) στην μελέτη αυτή θεωρείται ο χρόνος που δαπανάται από τους λειτουργούς υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», οι οποίοι υπηρετούν στην κοινότητα τις ανάγκες των ασθενών, για όλες άμεσες υπηρεσίες ΑΦ (άμεσος χρόνος) και όλες τις έμμεσες υπηρεσίες ΑΦ (έμμεσος χρόνος) που παρέχουν. Χρεώσιμος χρόνος είναι το σύνολο του άμεσου και του έμμεσου χρόνου (95) Ο χρόνος μετακινήσεως από την ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» προς την οικία των ασθενών και την εξυπηρέτηση αναγκών τους στην κοινότητα, θεωρείται χρεώσιμος χρόνος.

Το συνολικό κόστος για το διοικητικό προσωπικό σε όλα τα επίπεδα της διαρθρώσεως της διοικητικής δομής της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», συμπεριλαμβάνεται κατ' αναλογία (1/2) στην διαμόρφωση του συνολικού κόστους. Ο χρόνος όμως που συνδέεται με τις υπηρεσίες τους δεν λογίζεται στην μελέτη αυτή ως χρεώσιμος χρόνος.

2.4. Η ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

Στην βιβλιογραφία, η αποτίμηση του κόστους σε χρήμα των υπηρεσιών ΑΦ είναι περιορισμένη.(96)(97) Οι ερευνητές συνήθως επιχειρούν να δημιουργήσουν κατάλληλα case-mix μοντέλα για την ταξινόμηση των ασθενών, ενώ λιγότερο συχνά βρίσκει κανείς

αντιστοίχιση των μοντέλων αυτών με κόστος σε χρήμα.(98)(39) Οι πληροφορίες κόστους, συνήθως, πρέπει να αναζητηθούν σε προωθητικές καμπάνιες παρόχων υπηρεσιών ΑΦ οι οποίοι όμως έχουν μία διαφορετική λογική στην αποτίμηση του κόστους, καθώς δημιουργούν και προσφέρουν πακέτα υπηρεσιών, τα οποία δομούνται έτσι ώστε να περιλαμβάνουν δευτερογενείς επεξεργασίες κόστους των υπηρεσιών που παρέχουν.(97)(99)(100)(101) Έτσι δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αναφορά στο πρωτογενές κόστος σε χρήμα των υπηρεσιών ΑΦ.




Η αποτίμηση του κόστους σε χρήμα στην παρούσα εργασία, βασίστηκε στην μελέτη κόστους υπηρεσιών ΑΦ την οποία διεξήγαγε το 2017 η PricewaterhouseCoopers (PWC) κατόπιν αιτήσεως της Ολλανδικής Υγειονομικής Αρχής (Dutch Health Care Authority).(95) Στην μελέτη εκείνη, και κατ' αντιστοιχίαν στην δική μας έρευνα ώστε να είναι συγκρίσιμες, αποτιμήθηκε το κόστος σε χρήμα των υπηρεσιών ΑΦ ανά χρεώσιμη ώρα εργασίας, ανά μισθολογική κατηγορία λειτουργών υγείας.

2.5 ΤΟ EQF ΣΤΟ ΟΛΛΑΝΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ΕΕ κατατάσσει τα διάφορα επαγγέλματα σε κατηγορίες αναλόγως των χρόνων της εκπαίδευσής και των σπουδών.(101) Στον Πίνακα 6 εμφανίζεται η αντιστοίχιση της κατατάξεως αυτής στις δύο χώρες, την Ολλανδία και την Ελλάδα. (102) Η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» αξιοποιεί για τις υπηρεσίες της προσωπικό το οποίο κατατάσσεται στην διαβάθμιση EQF6, (λειτουργοί υγείας πλην ιατρών) και EQF8 (εξειδικευμένοι ιατροί). Στην μελέτη της PWC κατά το 2016 το ολικό κόστος εργασίας κάθε χρεώσιμης ώρας για την κατηγορία EQF6 προσδιορίστηκε στα 118,93 Ευρώ.

Όπως και στο Ολλανδικό μοντέλο,(103) η ταξινόμηση των λειτουργών υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» έγινε βάσει του European Qualification Framework (EQF), καθώς αυτό συνιστά μία συντονισμένη προσπάθεια ενιαίας ταξινομήσεως των επαγγελματιών στα διάφορα κράτη της ΕΕ.(104) Αυτό έγινε με σκοπό την αντιστοίχιση με το Ολλανδικό μοντέλο και ως προς την ταξινόμηση των λειτουργών υγείας και ως προς αντίστοιχο μέσο κόστος ωριαίας απασχόλησης σύμφωνα με την κατάταξη στο σύστημα EQF. Οι λειτουργοί υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» είναι όλοι πτυχιούχοι ΑΕΙ και Α-ΤΕΙ. Για τις δύο χώρες, οι ιατροί κατατάσσονται στο EQF 8 και οι άλλοι λειτουργοί υγείας (φυσιοθεραπευτές, νοσηλεύτριες, κοινωνικές λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι) στο EQF 6.

Στον Πίνακα 6, εμφανίζεται η αντιστοίχιση του EQF στην Ελλάδα και την Ολλανδία. (105)

 Netherlands	 EQF Levels	 Greece
NQF 8 Doctorate (Doctoraat) ▼	EQF Level 8	NQF 8 Doctorate (Διδακτορικό Δίπλωμα) (Universities) ▼
NQF 7 Master Degree ▼ Other qualifications non-regulated ▼	EQF Level 7	NQF 7 Master degree (Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης) (Universities/technological educational institutions (TEI)-higher education) ▼
NQF 6 Bachelor degree ▼ Other qualifications / non-regulated ▼	EQF Level 6	NQF 6 Bachelor degree (Πτυχίο Ανώτατης Εκπαίδευσης) (Universities/TEI-higher education) ▼
NQF 5 Associate degree ▼ Other qualifications / non-regulated ▼	EQF Level 5	NQF 5 Vocational post-secondary school 'degree' for graduates of EPAL apprenticeship class, level 5 (post-secondary level) (Πτυχίο Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Επιπέδου 5 - ΕΠΑΛ Μαθητείας) ▼ Vocational training diploma (post-secondary level) (Δίπλωμα Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Επιπέδου 5) (vocational training institute) (Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΙΕΚ) ▼ Vocational training diploma (Δίπλωμα Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Επιπέδου Μετοδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΙΕΚ) (post-secondary level) ▼ Post-secondary and not higher education diploma or 'degree' (Δίπλωμα ή Πτυχίο Ανωτέρας Σχολής)
NQF 4+ Pre-university education (vwo) Pre-university education for adults (vavo-vwo) NQF 4 VET level 4 (MBO 4) ▼ Upper secondary general education for adults (vavo-havo) ▼ Upper secondary general education (havo) ▼ Other qualifications / non-regulated ▼	EQF Level 4	NQF 4 Vocational school (Επαγγελματικές Σχολές) (EPAS, ΕΠΑΣ) certificate (Πτυχίο ΕΠΑΣ) Vocational upper secondary school (Επαγγελματικό Λύκειο) (EPAL, ΕΠΑΛ) 'degree' (Πτυχίο Επαγγελματικής Ειδικότητας, Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Επιπέδου 4-ΕΠΑΛ) EPAL certificate (Απολυτήριο Επαγγελματικού Λυκείου – ΕΠΑΛ Επιπέδου 4) General upper secondary school certificate (Απολυτήριο Γενικού Λυκείου)
NQF 3 VET level 3 (MBO 3) ▼ Other qualifications / non-regulated ▼	EQF Level 3	NQF 3 Vocational training school (Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης, ΣΕΚ - SEK) certificate (post lower secondary level) (Πτυχίο Επαγγελματικής Ειδικότητας Επιπέδου 3 - ΣΕΚ) IEK certificate (initial vocational training-post lower secondary level) (Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Κατάρτισης, Επίπεδο 1- IEK)
NQF 2 VET level 2 (MBO 2) ▼ Basic education 3 for adults (vavo) ▼ Pre-vocational secondary education - theoretical pathway (vmbo tl) ▼ Pre-vocational secondary education - combined theoretical pathway (vmbo gl) ▼ Pre-vocational secondary education - advanced vocational pathway (vmbo kb) ▼ Basic education 3 for adults (Basiseducatie 3) ▼ Other qualifications / non-regulated ▼	EQF Level 2	NQF 2 Lower secondary school certificate (compulsory) (Απολυτήριο Γυμνασίου)
NQF 1 VET level 1 (MBO 1) Pre-vocational secondary education - basic vocational pathway (vmbo bb) Basic education 2 for adults (Basiseducatie 2)	EQF Level 1	NQF 1 Primary school certificate (compulsory) (Απολυτήριο Δημοτικού)

Πίνακας 6. Ολλανδίας σε σχέση με Ελλάδα European Qualifications Framework

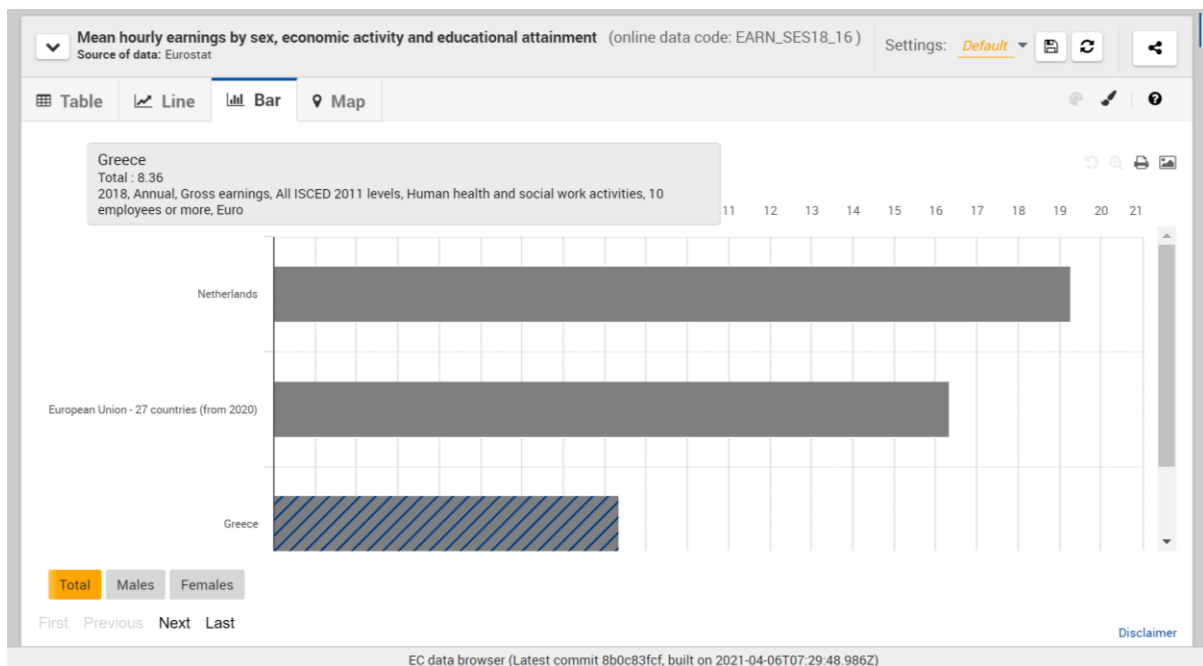
Η απάντηση του ερωτήματος «ποιο είναι το κόστος για την κατηγορία EQF6 στην Ελλάδα (πτυχίου Λειτουργού Υγείας 4ετούς φοιτήσεως) και επίσης για το ποιος θα ήταν ο πιο δόκιμος τρόπος να γίνει η αντιστοίχιση αυτού του κόστους στην Ελλάδα με το αντίστοιχο κόστος στην Ολλανδία, (μετά από υπόδειξη του γραφείου της Economic and Social Data Service (ESDS), αναζητήθηκε στην διαδικτυακή πύλη της EUROSTAT η οποία ονομάζεται Structure of Earnings Survey. Τά στοιχεία αυτά είναι του 2018 επικαιροποιημένα τον Μάρτιο του 2021.

(106) Στον κατωτέρω Πίνακα 7 φαίνεται η σχέση μεταξύ πέντε διαφορετικών τιμών ακαθάριστου κέρδους σε Ευρώ συγκριτικά για την Ελλάδα και την Ολλανδία, σύμφωνα με την EUROSTAT και τον ΟΑΣΑ:

- Μέση ακαθάριστη *ωριαία* αποζημίωση ανά επάγγελμα σε επαγγελματίες στον χώρο της υγείας.(107)
- Μέσο ακαθάριστο *ωριαίο* κέρδος στους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής προστασίας (Διάγραμμα 7). (108)
- Μέση ακαθάριστη *μηνιαία* αποζημίωση ανά επαγγελματική δραστηριότητα και επάγγελμα.(109)
- Μέση ακαθάριστη *ετήσια* αποζημίωση ανά επαγγελματική δραστηριότητα και επάγγελμα.(110)
- Μέση ετήσια αποζημίωση σύμφωνα με τον ΟΑΣΑ.(111)

Συγκρινόμενα μεγέθη	Ελλάς/Ολλανδία	Λόγος
Μέσο ακαθάριστο ωριαίο κέρδος σε επαγγελματίες το 2018 (EUROSTAT).	13,2/25,26 €	0,52
Μέσο ακαθάριστο ωριαίο κέρδος στους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής προστασίας το 2018 (EUROSTAT).	8,36/19,27 €	0,43
Μέσο ακαθάριστο μηνιαίο κέρδος ανά επαγγελματική δραστηριότητα και επάγγελμα στους επαγγελματίες το 2018 (EUROSTAT).	1.817/4.058 €	0,44
Μέσο ακαθάριστο ετήσιο κέρδος ανά επαγγελματική δραστηριότητα και επάγγελμα το 2018 (EUROSTAT).	27.802/44.595 €	0,62
Μέση ετήσιοι μισθοί του 2019 σε σταθερές τιμές 2019 σταθμισμένες με την αγοραστική δύναμη (ΟΑΣΑ)	27.480/59.709 \$	0,46
Μέσος όρος		0,494

Πίνακας 7. Σχέση κόστους εργασίας συγκριτικά για την Ελλάδα και την Ολλανδία, σύμφωνα με EUROSTAT και ΟΑΣΑ



Διάγραμμα 7. Μέσο ακαθάριστο ωριαίο κέρδος στους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας και της κοινωνικής προστασίας το 2018

Στό κόστος υπολογισμού της PWC στην κατηγορία EQF6 συμβάλλουν κατά ποσοστό 23,4% σε σχέση με την τελική διαμόρφωση της αποτιμήσεως του κόστους και έξοδα τα οποία δεν σχετίζονται με το μισθολογικό κόστος αλλά με γενικότερα έξοδα σχετικά με το κόστος ζωής στην χώρα και θα ήταν χρήσιμο να σταθμιστούν και αυτά στη σωστή αναλογία ώστε η αντιστοίχιση της τιμής του τελικού κόστους ως προς την Ελλάδα να είναι περισσότερο ακριβής.

Η στάθμιση των εξόδων που αναφέρονται στο κόστος ζωής έγινε με βάση δεδομένα της EUROSTAT και συγκεκριμένα για τα επίπεδα τιμών και τα πραγματικά έξοδα, όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα 8 και τον Πίνακα 8 της EUROSTAT.(112)



Διάγραμμα 8.. Σταθμισμένη αγοραστική δύναμη για δείκτες τιμών και πραγματικά έξοδα στην Ευρώπη των 27, στην Ελλάδα και στην Ολλανδία.

Purchasing power parities (PPPs), price level indices and real expenditures for ESA 2010 aggregates
(online data code: PRC_PPP_IND)
Source of data: Eurostat

Table Line Bar Map

TIME	2012	2016	2019
GEO			
European Union - 27 countries (from 2020)	100.0	100.0	100.0
Greece	92.7	84.8	82.5
Netherlands	111.6	114.6	117.0

Πίνακας 8. Σταθμισμένη αγοραστική δύναμη για δείκτες τιμών και πραγματικά έξοδα στην Ευρώπη των 27, στην Ελλάδα και στην Ολλανδία.

Επομένως, η αντίστοιχη αποτίμηση του κόστους ανά ώρα στην Ελλάδα για την κατηγορία EQF6, θα μπορούσε να σταθμιστεί με συντελεστή 0,494 περίπου για το μισθολογικό κόστος και στο 0,705 ως προς τα λοιπά έξοδα. Έτσι, σύμφωνα με τον παρακάτω Πίνακα 9 το τελικό σταθμισμένο κόστος σε € για την Ελλάδα ανά χρεώσιμη ώρα για τις ανάγκες της μελέτης αυτής διαμορφώνεται σε: EQF6 → 64,28 €.

Συνιστώσα κόστους	Ετήσιο κόστος	Συμμετοχή στο κόστος	Σταθμισμένο κόστος	Ολλανδία EQF6 κόστος ανά ώρα	Κόστος ανά συνιστώσα	Τελικό κόστος €
Μισθολογικό κόστος	68.969	76,6%	0,494	--	118,93X0,494X0,766	45,00
Άλλα έξοδα	21.148	23,4%	0,705	--	118,93X0,705X0,234	19,28
Τελικό κόστος	90.117	100%	--	118,93		64,28

Πίνακας 9. Υπολογισμός για το τελικό σταθμισμένο κόστος ανά χρεώσιμη ώρα της κατηγορίας EQF6, για την Ελλάδα

Η κατηγορία EQF8 αποτιμήθηκε ανά έτος από το 2015-2020, με βάση την μισθολογική σχέση της μέσης τιμής του μισθού των ιατρών και των EQF6 λειτουργών υγείας στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», καθώς δεν είχε γίνει αποτίμηση στην Ολλανδική μελέτη. Ελήφθη και εδώ υπ' όψιν και σταθμίστηκε η σχέση του μισθολογικού κόστους με τα γενικά έξοδα τα οποία συμμετέχουν στον υπολογισμό του συνολικού κόστους (και στο EQF6 και επομένως και στο EQF8) κατά 23,4%. Η σχέση EQF8 / EQF6 καθώς και το κόστος για την κατηγορία EQF8 σύμφωνα με το Ολλανδικό πρότυπο αποτιμήθηκε με στοιχεία από την Οικονομική Υπηρεσία της ΜΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ όπως φαίνεται στον κατωτέρω Πίνακα 10.

	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΙΣΘΩΝ ΙΑΤΡΩΝ & ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ Λ.Υ. ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ EQF8/EQF6=α	1,65	1,58	1,75	1,60	1,49	1,44		
ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΓΕΝΙΚΑ ΕΣΟΔΑ (αχ0,766+1χ0,234)								
EQF8/EQF6	1,49	1,44	1,57	1,45	1,37	1,33		
EQF8 Ολλανδικό μοντέλο (€)	95,77	92,56	100,91	93,2	88,06	85,49		

Πίνακας 10. Σύγκριση μισθών ιατρών και λοιπών Λειτουργών Υγείας στην ΜΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ. Σταθμισμένος συντελεστής EQF8 / EQF6. Κόστος EQF8 ως προς το Ολλανδικό μοντέλο.

Έτσι σύμφωνα με το Ολλανδικό μοντέλο προσαρμοσμένο για την Ελλάδα για τα έτη 2015-2020:

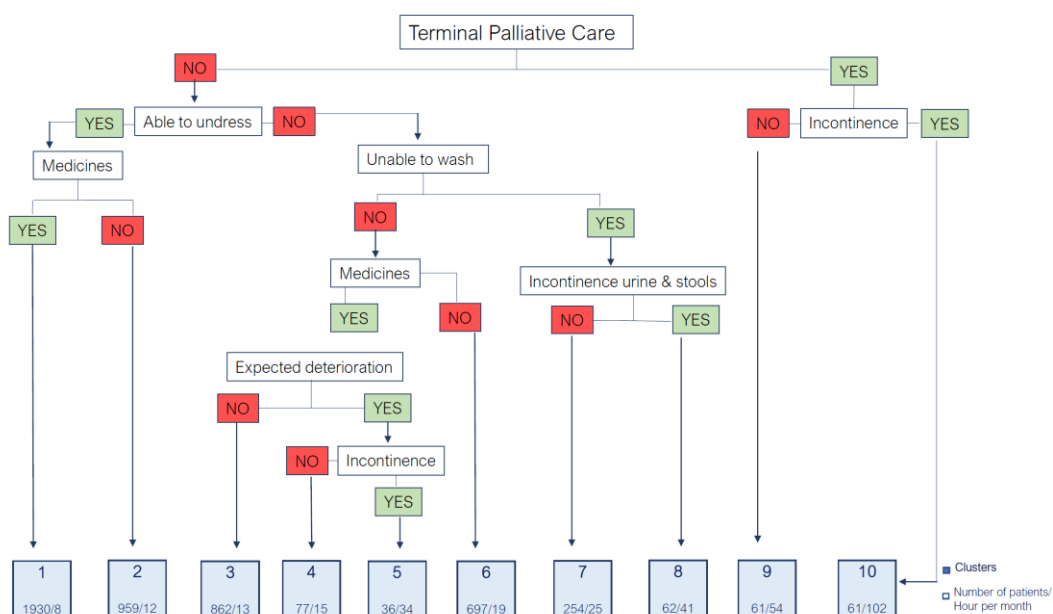
EQF6 (€) → 64,28 €

EQF8 (€) → κυμαίνεται από 85,49 μέχρι 100,91 €

EQF8 / EQF6 → κυμαίνεται από 1,33 μέχρι 1,57

2.6. ΕΡΓΑΛΕΙΑ case-mix ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΩΣ

Το πρωτόκολλο της έρευνας τού Ολλανδικού μοντέλου στηρίχθηκε πάνω στο The Transparent Reporting of a multivariable prediction model for Individual Prognosis or Diagnosis Statement, το οποίο συνιστά ένα επιπλέον ποιοτικό της χαρακτηριστικό.(5) Η μελέτη αυτή ανέδειξε ένα καινούριο, γρήγορο κ απλουστευμένο ερωτηματολόγιο-εργαλείο case-mix ταξινόμησης σε 10 κατηγορίες ασθενών, το case-mix SF Questionnaire (75) (Διάγραμμα 9)



Διάγραμμα 9: Casemix SF Questionnaire. Σχηματική απόδοση στην Αγγλική από την φοιτήτρια Ιατρικής Μαρία Παντελίδου.

Στην «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» χρησιμοποιείται το σύστημα ταξινόμησης (Palliative Performance Scale) PPS το οποίο επίσης περιλαμβάνει 10 case-mix κατηγορίες ασθενών. (113) (Πίνακας 11)

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity <i>with</i> Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

Copyright © 2001 Victoria Hospice Society

Πίνακας 11: Το σύστημα ταξινόμησης των ασθενών της ΑΦ, Palliative Performance Scale (PPS), το οποίο χρησιμοποιείται και στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»

Το PPS μπορεί επίσης να υποδιαιρεθεί σε 3 υπο-κατηγορίες: <30%, 40%-60% και 70%-100%, σύμφωνα με τον κατωτέρω Πίνακα 12.

- **Τελικού σταδίου (End-of-Life):** <30%
- **Ασταθής (Transitional - Unstable)** 40%-60% και
- **Σταθερή (Stable)** 70%-100%.

	PPS	Special Concerns
Stable	100-70%	<ul style="list-style-type: none"> - patient/family need for hope/understanding of disease - patient/family education re: disease management, medications, personal care, nutrition, symptom crisis/distress management plan - referrals to optimized functioning - CCAC, physio/OT, dietitian, etc. - psychosocial assessment - spiritual assessment - cultural/religious resources
Transitional	60-40%	<ul style="list-style-type: none"> - most difficult for patients - impacts on all spheres of life (need for holistic, patient and family-centred care) - requires greatest amount of nursing care - increasing care and educational needs
End-of-Life	<30%	<ul style="list-style-type: none"> - review medications/routes of administration, need for further investigations/lab tests/clinic visits - determine main contact in the community - family physician, homecare, palliative care physician

		<ul style="list-style-type: none"> - pain/symptom management - prepare family for death - what do they expect, what are their past experiences with death - ensure affairs are in order - e.g. POA, wills, custody arrangements for children, etc.
--	--	---

Πίνακας 12. Οι 3 κατηγορίες του συστήματος PPS.(114)

2.7 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ΜΕ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ

Για την πρόσβαση στο ηλεκτρονικό αρχείο της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», σύμφωνα με τα οριζόμενα από το GDPRS ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από το Διοικητικό Συμβούλιο και την «Επιτροπή Βιοηθικής» της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων αξιοποιήθηκαν μεταξύ άλλων και οικονομικά στοιχεία τα οποία παρείχε η Οικονομική Υπηρεσία της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», τα οποία χρησιμοποιήθηκαν μεν δεν παρουσιάζονται δημοσίως δε, καθότι έχει ληφθεί άδεια μόνον για χρήση και όχι για δημοσιοποίηση των στοιχείων αυτών.

Για τον σκοπό της ερευνητικής αυτής εργασίας, αναζητήθηκαν από τα ηλεκτρονικά αρχεία της «ΓΑΛΙΛΑΙΑς» όλοι οι ασθενείς της ΜΑΦ, χωρίς κριτήρια αποκλεισμού, οι οποίοι έλαβαν υπηρεσίες ΑΦ στην κοινότητα από το 2015-2020. Για κάθε ασθενή έχει καταγραφεί ανά μήνα εκτός από τα δημογραφικά του στοιχεία και στοιχεία τα οποία αναφέρονται: στην κατηγοριοποίησή του σύμφωνα με την κλίμακα PPS. Επίσης ανά μήνα για κάθε ασθενή εμφανίζονται: ο αριθμός των επισκέψεων και οι ώρες των επισκέψεων ανά λειτουργό υγείας. Σέ κάθε επίσκεψη καταγράφεται από τους λειτουργούς υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ο χρόνος τον οποίο κάθε λειτουργός υγείας ξεχωριστά προσέφερε στον ασθενή.

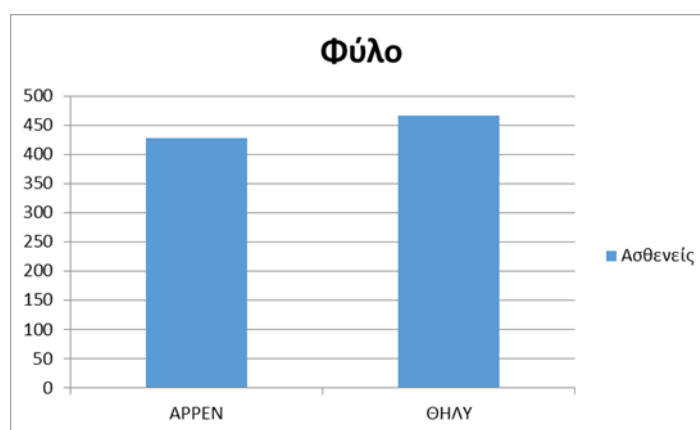
Με σύντομο ερωτηματολόγιο και στους 15 λειτουργούς υγείας της ΜΑΦ ΓΑΛΙΛΑΙΑ, αναζητήθηκε η καταγραφή των χρεώσιμων ωρών που απαιτούνται για την έμμεση φροντίδα όπως αυτή ορίζεται στίς παραγράφους για την έννοια του χρεώσιμου χρόνου και την έννοια του κόστους. Για την κατά το δυνατόν ακριβέστερη προσέγγιση ζητήθηκε να καταγραφεί καθημερινά για 2 εβδομάδες πώς κατανέμεται το ωράριο του κάθε ενός λειτουργού υγείας σέ σχέση με τον χρόνο άμεσης φροντίδας (φροντίδας μαζί με τον ασθενή) με αντίστοιχο χρόνο έμμεσης φροντίδας (φροντίδας για τον ασθενή). Έτσι υπολογίστηκε ότι για κάθε 1 ώρα άμεσης

Υπηρεσίας Ανακουφιστικής Φροντίδος αντιστοιχούν 2,61 ώρες εμμέσων Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδος.

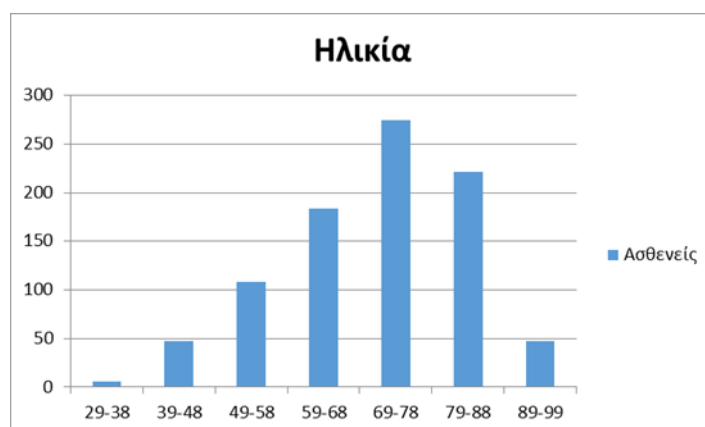
Όλες οι χρεώσιμες ώρες (για άμεσες και έμμεσες υπηρεσίες ΑΦ) κοστολογήθηκαν με τον ίδιο ποσόν.

2.8 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

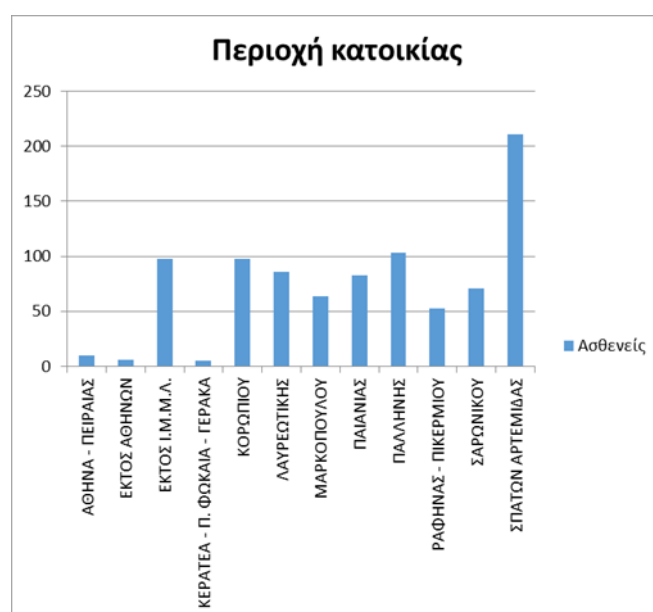
Ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν όλοι οι ενταγμένοι στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ασθενείς από το 2015-2020, χωρίς κριτήρια αποκλεισμού. Τά δημογραφικά στοιχεία τους ήταν καταγεγραμμένα στην βάση δεδομένων της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ». Από τούς 1007 ασθενείς πού φροντίστηκαν βρέθηκαν δημογραφικά στοιχεία για τους 897 εκ των οποίων οι 468 ήταν γυναίκες και οι 429 άνδρες. Οι ηλικία των ασθενών πού φροντίστηκαν κυμάνθηκε μεταξύ 29 και 99 ετών, ενώ η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα ήταν στην ηλικία των 69-78 ετών (275 συνολικά) και η πιο ολιγάριθμη στην ηλικία των 29-38 ετών (6 συνολικά). Πλήν 6 ασθενών, όλοι οι υπόλοιποι ήταν κάτοικοι της Περιφέρειας Αττικής με τούς περισσότερους να ανήκουν στον Δήμο Σπάτων και Αρτέμιδος (συνολικά 211) και τους ολιγότερους στον Δήμο Κερατέας Παλαιάς Φωκαίας και Γέρακα μαζί (συνολικά 2). Στους παρακάτω πίνακες απεικονίζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος αναλυτικά.



Διάγραμμα 10. Η κατανομή των φύλων του δείγματος σε 897/1007 ασθενείς

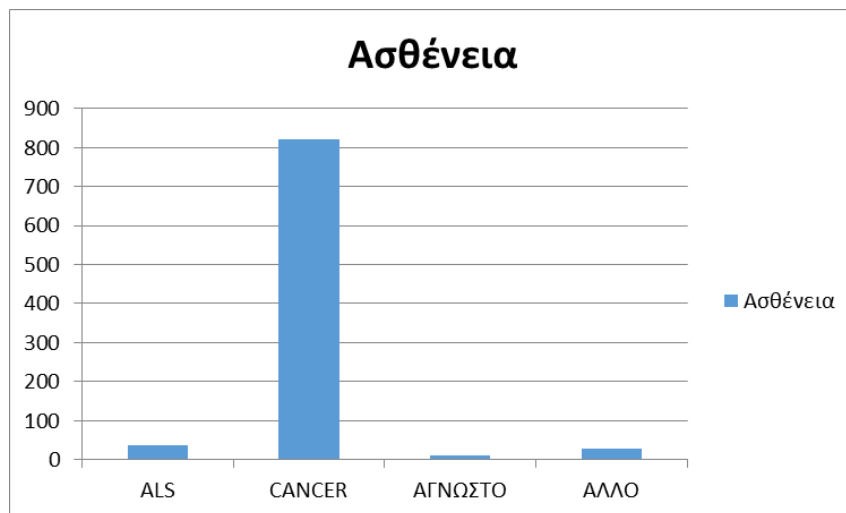


Διάγραμμα 11. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος σε 888/1007 ασθενείς



Διάγραμμα 12. Τόπος κατοικίας του δείγματος σε 889/1007 ασθενείς

Οι περισσότεροι από τούς ασθενείς (800 από τους 897 για τούς οποίους έχουν καταγραφεί στοιχεία από τους συνολικά 1007 ασθενείς) έπασχαν από κάποια μορφή καρκίνου με συνηθέστερους τον καρκίνο του πνεύμονος και του γαστρεντερικού σωλήνος, ενώ 36 μόνον ήταν οι νευρολογικοί ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από κάποια Νόσο του Κινητικού Νευρώνος (Amyotrophic Lateral Sclerosis- ALS).



Διάγνωση	Ασθένεια
ALS	36
CANCER	822
ΑΓΝΩΣΤΟ	10
ΑΛΛΟ	29

Διάγραμμα 12Α. Δημογραφικά ασθενειών ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»

Ο μέσος όρος της διάρκειας παραμονής όλων των ασθενών στην φροντίδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» από όλες τις κατηγορίες PPS ήταν 250 ημέρες, ενώ η διάρκεια παραμονής ανά κατηγορία PPS θα αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικής έρευνας.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αρχικά δεδομένα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» που αφορούσαν τις κατ' οίκον επισκέψεις αποτέλεσαν 32.857 εγγραφές για επισκέψεις σε σύνολο 1007 ασθενών και αφορούσαν τα έτη από το 2015 έως και το 2020, ενώ για την τελευταία 2ετία 2019-2020 παρατηρήθηκαν 9717 εγγραφές για 498 ασθενείς. Αξίζει να αναφέρουμε ότι στα δεδομένα που ανακτήθηκαν από τη ΓΑΛΙΛΑΙΑ εμφανίστηκαν συνολικά 201 περιπτώσεις στη διάρκεια επίσκεψης των οποίων οι τιμές απουσίαζαν. Επίσης, σε άλλες εγγραφές υπήρχαν τιμές που δεν ήταν αποδεκτές. Για παράδειγμα αρκετές εγγραφές είχαν ελάχιστα λεπτά επίσκεψης (έως και 10), ενώ υπήρχαν εγγραφές επισκέψεων με περίπου 8 ώρες επίσκεψη κατ' οίκον. Οι τιμές αυτές θεωρήθηκαν ως λανθασμένες εγγραφές και διαγράφηκαν δημιουργώντας ένα σύνολο από 343 περιπτώσεις χωρίς διάρκεια επίσκεψης. Παράλληλα ορίστηκαν ως αποδεκτές τιμές της διάρκειας επίσκεψης οι τιμές μεταξύ 10 και 180 λεπτών. Έτσι, οι 343 τιμές διάρκειας επίσκεψης που απουσίαζαν ή ήταν λανθασμένες αντικαταστάθηκαν με το μέσο όρο της διάρκειας επίσκεψης, όλων των καταγεγραμμένων επισκέψεων. Ακολουθώς, τα λεπτά επισκέψεων μετατράπηκαν σε ώρες για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα.

3.2 ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΩΡΑΣ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

3.2.1. ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΩΡΑΣ EQF6 και EQF8

Σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή τον προσδιορισμό του σταθμισμένου κόστους κάθε χρεώσιμης ώρας υπηρεσιών ΑΦ στην κοινότητα στα πλαίσια της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα. Αρχικά υπολογίστηκε ανά έτος το πλήθος των άμεσων ωρών, δηλαδή των ωρών παροχής άμεσων υπηρεσιών ΑΦ τόσο για τους ιατρούς όσο και τους λειτουργούς υγείας, δηλαδή τα EQF8 και EQF6. Κατόπιν σταθμίστηκε ο άμεσος χρόνος των EQF8: υπολογίστηκε ο συντελεστής της μισθολογικής σχέσης για κάθε έτος μεταξύ γιατρών και λειτουργών υγείας από τα οικονομικά στοιχεία της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» και προσδιορίστηκε το σύνολο των άμεσων σταθμισμένων ωρών που εργάστηκαν οι ιατροί EQF8 ανά έτος. Με άλλα λόγια, μετατράπηκαν όλες οι άμεσες ώρες ιατρών και λειτουργών υγείας σε σταθμισμένες ώρες λειτουργών EQF6 βάσει ενός οικονομικού συντελεστή στάθμισης για κάθε έτος. Πχ. Για το έτος 2020 το μισθολογικό κόστος EQF8/EQF6 προσδιορίστηκε σε 1.44 και σταθμίστηκε ως προς τα γενικά έξοδα: $(1.44 \times 0,766 + 1 \times 0,234)$,

καθώς στο Ολλανδικό μοντέλο για τους EQF6 βρέθηκε ότι το μισθολογικό κόστος συμμετέχει κατά 76,6% και τα γενικά έξοδα κατά 23,4% στο σύνολο του κόστους. Έτσι ο τελικός συντελεστής στάθμισης των άμεσων ωρών των EQF8/EQF6 για το έτος 2020 προσδιορίστηκε στο 1,33. (Βλέπε και στο 2.5, τον πλήρη Πίνακα για όλα τα έτη). Ακολούθως, προστέθηκαν οι σταθμισμένες άμεσες ώρες ιατρών με τις άμεσες ώρες λειτουργών υγείας καταλήγοντας σε ένα σύνολο άμεσων σταθμισμένων ωρών εργασίας που αφορά τους όλους τους λειτουργούς υγείας (EQF8 και EQF6) για κάθε έτος.

Έτος	AM Ιατρός	AM Λειτουργός	AM Σταθμισμένος ιατρός	Σύνολο AM σταθ. ωρών
2015	1073,65	4051,18	1599,75	5650,9
2016	1189,42	4023,41	1712,76	5736,2
2017	899,77	3889,56	1412,64	5302,2
2018	1121,22	3669,24	1625,77	5295,0
2019	1101,01	2905,94	1508,38	4414,3
2020	1105,99	3094,93	1470,97	4565,9

Πίνακας 13. Εδώ φαίνεται για τα έτη 2015-20 ανά έτος ο άμεσος χρόνος (AM): Ιατρών, Λειτουργών Υγείας, Σταθμισμένος Ιατρών, Σύνολο σταθμισμένων ωρών (Ιατρών και Λειτουργών Υγείας)

Κατόπιν, έπρεπε να προσδιοριστεί η στάθμιση για τον έμμεσο χρεώσιμο χρόνο Υπηρεσιών ΑΦ. Έτσι, από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε όλους τους 15 Λειτουργούς Υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των Ιατρών) υπολογίστηκε αρχικά ο συντελεστής στάθμισης έμμεσου χρόνου για κάθε λειτουργό υγείας και κατόπιν ο μέσος όρος του συντελεστή στάθμισης για το σύνολο των ερωτηθέντων. Με τον τρόπο αυτόν υπολογίστηκε ο συντελεστής στάθμισης του έμμεσου (χρεώσιμου) χρόνου στο 2,61. Δηλαδή, για κάθε μία ώρα άμεσου (χρεώσιμου) χρόνου αντιστοιχούν επιπλέον 2,61 ώρες έμμεσου χρόνου για τους λειτουργούς υγείας, ο οποίος έμμεσος χρόνος είναι και αυτός χρεώσιμος και μάλιστα με το ίδιο ποσόν, όπως και ο άμεσος χρεώσιμος χρόνος, βάσει του Ολλανδικού μοντέλου. Ακολούθως, για κάθε έτος προσετέθησαν στο σύνολο των χρεώσιμων άμεσων σταθμισμένων ωρών (στάθμιση EQF8/EQF6) οι αντίστοιχες ώρες του έμμεσου χρεώσιμου χρόνου (στάθμιση μεταξύ άμεσου και έμμεσου χρόνου με συντελεστή 2,61) και έτσι ορίστηκε το σύνολο των χρεώσιμων ωρών (σταθμισμένων, άμεσων και έμμεσων) για τους EQF8 και EQF6 ανά έτος από τό 2015-2020.

Καταλήγοντας, από τα οικονομικά στοιχεία της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑΣ» υπολογίστηκε βάσει του πρωτοκόλλου του Ολλανδικού μοντέλου, το κόστος λειτουργίας της μονάδας ανά έτος. Διαιρώντας το κόστος ανά έτος με το σύνολο των χρεώσιμων ωρών προέκυψε το κόστος ανά χρεώσιμη ώρα για τους λειτουργούς υγείας ανά έτος.

Έτος	Σύνολο AM σταθ. ωρών	Σύνολο ΕΜ χρ. ωρών	Σύνολο ΑΜ και ΕΜ	Κόστος ανά χρ. ώρα
2015	5650,9	14748,9	20399,9	19,9
2016	5736,2	14971,4	20707,6	24,2
2017	5302,2	13838,7	19140,9	29,4
2018	5295,0	13820,0	19115,0	22,0
2019	4414,3	11521,4	15935,7	27,8
2020	4565,9	11917,0	16482,9	30,2

Πίνακας 14. Ανά έτος από το 2015-2020. Σύνολο χρεώσιμων ωρών: άμεσων σταθμισμένων, έμμεσων σταθμισμένων, σύνολο άμέσων και έμμεσων σταθμισμένων. Κόστος ανά χρεώσιμη ώρα.

Αν δε ληφθεί υπ' όψιν και η στάθμιση ως προς EQF8/EQF6 τότε το κόστος της χρεώσιμης ώρας για τους EQF8 στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ανά έτος διαμορφώνεται ως ακολούθως:

ΧΡΕΩΣΙΜΗ ΩΡΑ	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	19,9X1,49	24,2X1,44	29,4X1,57	22X1,45	27,8X1,37	30,2X1,33
EQF8 (€) ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»	29,65	34,84	46,15	31,9	38,08	40,16

Πίνακας 15. Κόστος χρεώσιμης ώρας για τους EQF8 στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ανά έτος

3.2.2 ΚΟΣΤΟΣ ΑΜΕΣΗΣ ΩΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ EQF6 και EQF8

Κάνοντας τώρα την αναγωγή αντίστροφα υπολογίζουμε το κόστος ανά άμεση ώρα για τους EQF8 και EQF6 ανά έτος:

$EQF6 = \text{κόστος χρεώσιμης ώρας ανά έτος} \times 3,61$

$EQF8 = \text{κόστος χρεώσιμης ώρας ανά έτος} \times 3,61 \times \text{συντελεστής κόστους } EQF8/EQF6$

Στον παρακάτω Πίνακα, φαίνεται το κόστος του άμεσου χρόνου (ανά άμεση ώρα) ανά EQF8 και EQF6 κατά τὰ έτη 2015-2020.

ΚΟΣΤΟΣ ΩΡΑΣ €	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ΧΡΕΩΣΙΜΗ (EQF6)	19,9	24,2	29,4	22	27,8	30,2
ΑΜΕΣΗ EQF6	71,83	87,16	106,13	79,42	100,35	109,02
ΑΜΕΣΗ EQF8	107,03	125,77	166,60	115,15	137,46	144,97

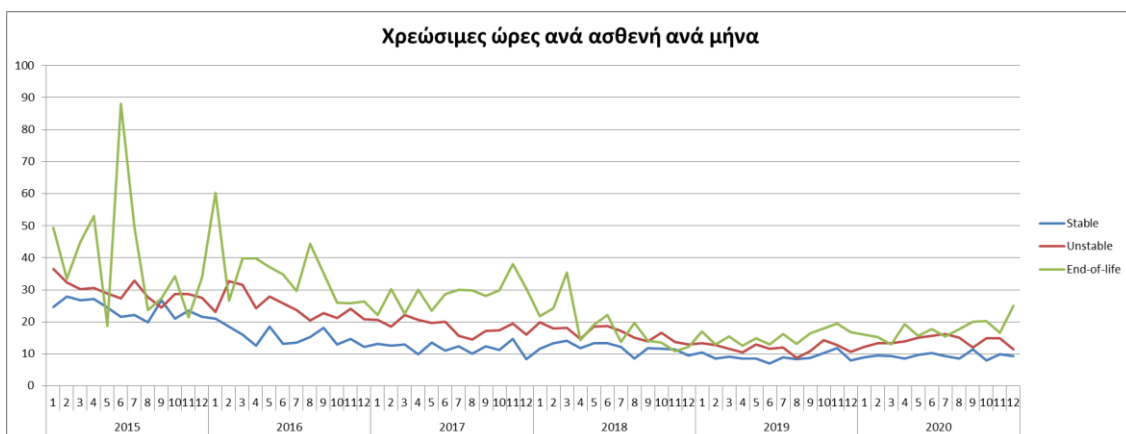
Πίνακας 16. Κόστος ανά άμεση ώρα ανά EQF8 και EQF6.

3.3 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΩΝ ΩΡΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΚΟΣΤΟΣ

Προκειμένου να δοθεί απάντηση στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τον καθορισμό των σταθμισμένων χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή ανά 4 εβδομάδες των υπηρεσιών ΑΦ βάση των case-mix κατηγοριών σύμφωνα με το PPS προστέθηκαν στα δεδομένα των επισκέψεων των ασθενών τα δεδομένα του χαρακτηρισμού των ασθενών ως προς το PPS. Τα δεδομένα που αφορούσαν το PPS στρογγυλοποιήθηκαν προς τα κάτω στην κοντινότερη δεκάδα σε κλίμακα 0-100 καθώς οι ενδιάμεσες τιμές δεν κρίνονταν αποδεκτές. Επειδή, υπήρχαν αρκετά κενά στα συνολικά δεδομένα των επισκέψεων και συγκεκριμένα 19.973 εγγραφές δεν είχαν PPS από τις 32.857, αποφασίστηκε να καλυφθούν τα κενά των δεδομένων που αφορούσαν το PPS ανά ασθενή με το μέσο όρο της αμέσως προηγούμενης και αμέσως επόμενης τιμής. Η διαδικασία αυτή έγινε με τη βοήθεια της Python (version 3.8.5). Σε 178 ασθενείς από τους 1.007 που δεν είχαν καμία εγγραφή για το PPS συνέχισαν να υπάρχουν 1.009 κενές εγγραφές από τις 32.857 για το σύνολο των ετών 2015-2018 ενώ στην περίοδο 2019-2020, οι κενές εγγραφές περιορίζονται σε 116 (από τις 9717 συνολικές εγγραφές) από 55 ασθενείς (σέ σύνολο 498 ασθενών). Αυτές οι περιπτώσεις για τους σκοπούς του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος αφαιρέθηκαν από την ανάλυση.

Ακολούθως συστάθηκαν οι τρεις ομάδες από τις εξής PPS κατηγορίες: $\leq 30\%$, $40\%-60\%$ και $\geq 70\%$, με διαδικασία όπως περιεγράφη σε προηγούμενη ενότητα. Για τις υπόλοιπες εγγραφές έγινε ανά έτος η στάθμιση των άμεσων ωρών των ιατρών EQF8 σε ώρες λειτουργιών EQF6 για κάθε μήνα κάθε έτους ξεχωριστά. Οι συνολικές σταθμισμένες άμεσες ώρες που προέκυψαν μετατράπηκαν σε αντίστοιχες έμμεσες και το σύνολο των σταθμισμένων (άμεσων και έμμεσων) χρεώσιμων ωρών ανά μήνα συμμετείχε στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.

Κατόπιν, προσδιορίστηκε και το σύνολο των χρεώσιμων ωρών και ο αριθμός των ασθενών ανά κατηγορία PPS ανά μήνα. Στη συνέχεια, διαιρώντας τις συνολικές χρεώσιμες ώρες με τον αριθμό των ασθενών ανά κατηγορία PPS για κάθε μήνα προέκυψε ο συνολικός αριθμός χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή σε κάθε κατηγορία PPS ανά μήνα. Τα γραφήματα που ακολουθούν μας δείχνουν τον μέσο όρο των χρεώσιμων ωρών της ΑΦ για τους ασθενείς σε κάθε μία από τις 3 κατηγορίες του PPS ανά μήνα.



Διάγραμμα 13. Μέσος Όρος Χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή ανά κατηγορία

Από το ακόλουθο γράφημα αρχικά είναι εμφανές ότι ο χρεώσιμος χρόνος ανά ασθενή ανά μήνα είναι ιεραρχικά ταξινομημένος με το PPS με την κατηγορία End-of-life να απαιτεί περισσότερα λεπτά σε σύγκριση με τους Unstable και Stable αντίστοιχα. Επίσης, παρατηρούμε ότι τα τελευταία τρία χρόνια περίπου υπάρχουν μικρότερες μεταβολές για τις χρεώσιμες ώρες ανά μήνα και στις τρεις κατηγορίες. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι από το 2018 και μετά υπήρξε μία συστηματοποίηση της συλλογής δεδομένων από την ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», και κυρίως όσον αφορά το PPS. Συγκεκριμένα για ολόκληρη τη χρονική περίοδο φαίνεται ότι ο μέσος όρος χρεώσιμων ωρών ανά μήνα είναι 14, 19 και 26 ώρες για τους Stable, Unstable και End-of-Life αντίστοιχα ανά μήνα, ενώ περιοριζόμενοι στα δεδομένα 2019-2020 έχουμε 9, 13 και 17 χρεώσιμες ώρες αντίστοιχα.

Επιπρόσθετα, το αντίστοιχο κόστος ανά ασθενή, ανά κατηγορία ανά μήνα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» από τα δεδομένα και σύμφωνα με το Ολλανδικό μοντέλο θα ήταν ο πολλαπλασιασμός του ΜΟ των χρεώσιμων ωρών ανά κατηγορία PPS ανά έτος, με το ΜΟ του κόστους ανά έτος κάθε χρεώσιμης ώρας για τους λειτουργούς υγείας EQF6, όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα.

	Stable	Unstable	End-of-Life
Ολλανδικό μοντέλο 2015-2020	900	1221	1671
Δεδομένα Γαλιλαίας 2015-2020	358	486	666

Πίνακας 17 Συνολικό κόστος σε Ευρώ ανά ασθενή ανά κατηγορία ανά μήνα (2015-2020)

1^η σειρά: 64,28 X 14,19,26 αντιστοίχως.

2^η σειρά: 25,6 (=μέσος της χρεώσιμης ώρας για όλα τα έτη) X 14, X19, X26 αντιστοίχως.

	Stable	Unstable	End-of-Life
Ολλανδικό μοντέλο 2019-2020	579	836	1093
Δεδομένα Γαλιλαίας 2019-2020	290	406	493

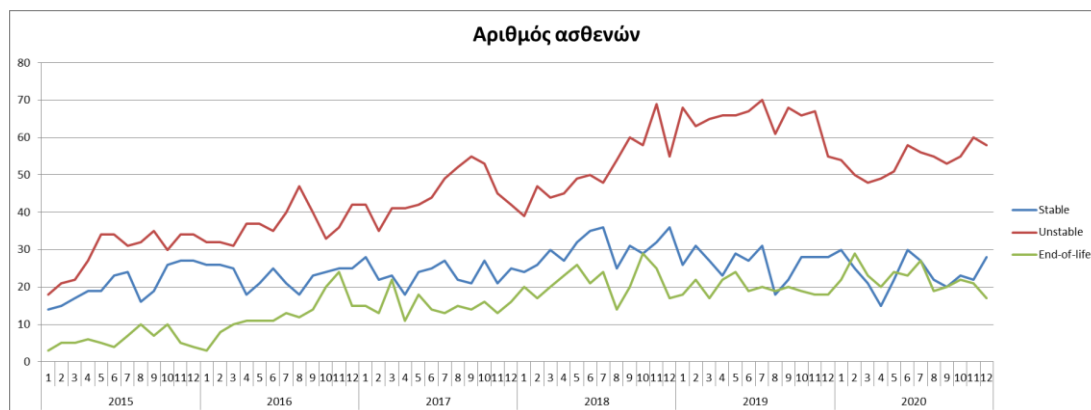
Πίνακας 18. Συνολικό κόστος σε Ευρώ ανά ασθενή ανά κατηγορία ανά μήνα (2019-2020)

1^η σειρά: 64,28 X 9,X13,X17 αντιστοίχως.

2^η σειρά: 29 (=μέσος της χρεώσιμης ώρας για τα έτη 2019-2020) X 9, X13, X17 αντιστοίχως.

3.4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ

Σχετικά με τα υπο-ερωτήματα που προκύπτουν γύρω από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα έχει ενδιαφέρον να μελετήσουμε τον τρόπο που κατανέμονται σε κάθε κατηγορία PPS οι ασθενείς τούς οποίους φροντίζει η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» στην κοινότητα με τη βοήθεια του επόμενου διαγράμματος.



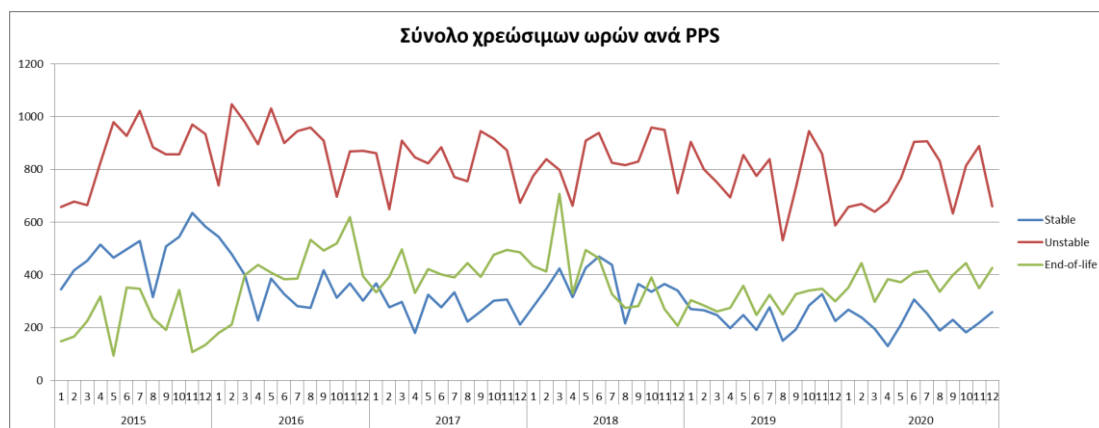
Διάγραμμα 14. Αριθμός ασθενών ανά μήνα ανά κατηγορία PPS

Για τα έτη 2015-2020 ο ΜΟ των ασθενών ανά κατηγορία ανά μήνα ήταν 25, 47, 16, ενώ στη διετία 2019-2020 ήταν 25, 60, 21 ασθενείς για τις κατηγορίες Stable, Unstable και End-of-life αντιστοίχως.

Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (περίπου 60) είναι στο στάδιο Unstable σε όλα τα χρόνια λειτουργίας της ΜΑΦ, ενώ οι ασθενείς στο στάδιο Stable και End-of-life φαίνεται να είναι περίπου 15-30 ανά μήνα τους τελευταίους μήνες.

3.5 ΧΡΕΩΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ

Σε αυτό το πλαίσιο το θα είχε ενδιαφέρον να μελετήσουμε και το σύνολο των χρεώσιμων ωρών ανά κατηγορία PPS ανά μήνα, από το ακόλουθο διάγραμμα.



Διάγραμμα 15. Χρεώσιμες ώρες ανά μήνα ανά κατηγορία PPS

Παρατηρήθηκαν τά ακόλουθα:

Για το 2015-2020: 325, 824, 355 συνολικές χρεώσιμες ώρες κατά μέσο όρο ανά μήνα για τις κατηγορίες Stable, Unstable και End-of-life αντιστοίχως ενώ

Για την διετία 2019-2020: 232, 764, 344 συνολικές χρεώσιμες ώρες κατά μέσο όρο ανά μήνα για τις κατηγορίες Stable, Unstable και End-of-life αντιστοίχως.

Σε αυτό το γράφημα επιβεβαιώνεται η εικόνα που είχαμε προηγουμένως, δηλαδή ότι οι ασθενείς της κατηγορίας Unstable χρειάζονται περίπου τις διπλάσιες ώρες ανά μήνα από τους Stable και End-of-life αντίστοιχα.

3.6 ΑΜΕΣΟΣ ΚΑΙ ΧΡΕΩΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ EQF8 ΚΑΙ EQF6 ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS

Γίνεται ανάλυση και συσχέτιση των άμεσων και των χρεώσιμων ωρών στις κατηγορίες PPS, μεταξύ των ιατρών EQF 8 και των λειτουργών υγείας EQF6 ανά κατηγορία PPS ανά μήνα.

Στα ακόλουθα διαγράμματα καταγράφεται ο αριθμός των χρεώσιμων ωρών των Λειτουργών EQF 8 και EQF 6 ανά κατηγορία PPS ανά μήνα για την περίοδο 2015-2020.





Διάγραμμα 16. Χρεώσιμες ώρες EQF 6 και EQF8 ανά μήνα ανά κατηγορία PPS

Ακολουθούν με τα ευρήματα για τον άμεσο χρόνο των Λειτουργών EQF 8 και EQF 6 ανά κατηγορία PPS ανά μήνα για την περίοδο 2015-2020.





Διάγραμμα 17. Άμεσος χρόνος EQF 6 και EQF8 ανά μήνα ανά κατηγορία PPS

3.7 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.7.1 Προοπτική κοστολόγηση.

Ένας ασθενής ο οποίος πληροί τα κριτήρια παροχής ανακουφιστικής φροντίδας μετά από ιατρική εξέταση και εκτίμηση των λειτουργικών του αναγκών εντάσσεται στην ΑΦ και κατανέμεται σε μία από τις 3 κατηγορίες του μοντέλου ταξινόμησης Palliative Performance Scale (PPS) δηλαδή στην κατηγορία Stable, Unstable ή στην End-Of-Life. Αυτή η κατηγοριοποίησή του είναι ανεξάρτητη από την ηλικία του, το φύλο και την πάθησή του, στηρίζεται μόνο στις λειτουργικές του ανάγκες σύμφωνα με το case-mix μοντέλο PPS και επανεκτιμάται σε μηνιαία βάση.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης αυτής για την πιο συνεκτική διετία 2019-2020, όπως φαίνεται στην παράγραφο 3.3, η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» για κάθε μήνα θα μπορεί να αιτηθεί τουλάχιστον τρία ακόλουθα ποσά για κάθε ασθενή, αναλόγως της κατηγορίας στην οποία εντάσσεται ο ασθενής κάθε μήνα ως ακολούθως:

Stable	Unstable	End-Of-Life
290	406	493

3.7.2 Αναδρομική κοστολόγηση.

Υπολογισμός βάσει *χρεώσιμου EQF6 και EQF8 χρόνου*

Η αναδρομική κοστολόγηση μπορεί να βασιστεί πάνω στον *χρεώσιμο* χρόνο Υπηρεσιών ΑΦ και δεν σχετίζεται με την κατηγοριοποίηση σύμφωνα με κάποιο case-mix μοντέλο. Αυτό διότι έχει βρεθεί στην Ολλανδική μελέτη και επιβεβαιώθηκε και στην δική μας, ότι ανάλογα με την

βαρύτητα των λειτουργικών αναγκών κάθε ασθενούς και την αντίστοιχη κατάταξή σε μια κατηγορία case-mix μοντέλου κινείται και ο χρόνος για Υπηρεσίες ΑΦ πού απαιτεί ως υγειονομικούς πόρους ο κάθε ασθενής. Έτσι, για κάθε μήνα η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» καταγράφει, μεταξύ άλλων, και τον *χρεώσιμο* χρόνο πού έχει προσφέρει σε κάθε ασθενή ανεξαρτήτως της κατηγοριοποίησής του. Κατόπιν κάθε χρεώσιμη ώρα που προσφέρθηκε από λειτουργό Υγείας EQF6 ή EQF8 πολλαπλασιάζεται με το κόστος της *χρεώσιμης* ώρας όπως βρέθηκε στην μελέτη αυτή και παρουσιάζεται στην παράγραφο 3.2.1. Το κόστος αυτό διαμορφώνεται ανάλογα με το αν ο λειτουργός υγείας είναι EQF6 (νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος κλπ) ή EQF8 (ιατρός). Έτσι βάσει υπολογισμών της μελέτης αυτής για το έτος 2020 η κάθε *χρεώσιμη* ώρα για τους EQF6 κόστισε στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» 30,2 ευρώ και για τους EQF8 40,16 ευρώ.

Αν, λοιπόν, ένας ασθενής φροντίστηκε σε ένα μήνα 7 χρεώσιμες ώρες από EQF8 και 8 χρεώσιμες ώρες από EQF6 λειτουργούς υγείας, τότε η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» μπορεί να αιτηθεί αναδρομικά για τον συγκεκριμένο ασθενή 522,58 ευρώ για τον μήνα ως ακολούθως:

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	EQF6	EQF8	
ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ	8X30,2	7X40,14	
ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΣΤΟΥΣ (€)	241.6	280.98	522,58

Υπολογισμός βάσει *σταθμισμένου* χρεώσιμου χρόνου

Αναλόγως μπορεί να γίνει κοστολόγηση λαμβάνοντας υπ' όψιν τις συνολικές *σταθμισμένες* χρεώσιμες ώρες υπηρεσιών ΑΦ, δηλαδή αφού ήδη έχει ληφθεί υπ' όψιν η στάθμιση των χρεώσιμων ωρών βάσει του EQF8 και του EQF6. Έτσι, για το έτος 2020, η *σταθμισμένη* χρεώσιμη ώρα στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» προσδιορίστηκε σε 30,2 € και αντιστοιχεί στην χρεώσιμη ώρα των EQF6 λειτουργών υγείας. Άν, λοιπόν, σε έναν ασθενή προσφέρθηκαν σε ένα μήνα 16 *σταθμισμένες* χρεώσιμες ώρες υπηρεσιών ΑΦ, τότε το κόστος πού μπορεί να αιτηθεί η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» για τον συγκεκριμένο ασθενή, για τον συγκεκριμένο μήνα θα είναι 30,2X16=483,2 €.

Υπολογισμός βάσει *άμεσου EQF6 και EQF8* χρόνου

Σύμφωνα με την μελέτη μας, μπορεί επίσης να γίνει αναδρομική κοστολόγηση των Υπηρεσιών ΑΦ βασισμένη πάνω στον *άμεσο* χρόνο καθότι έχει υπολογιστεί το κόστος μίας *άμεσης* ώρας

Υπηρεσιών ΑΦ για τους EQF6 και EQF8 στην παράγραφο 3.2.2. Έτσι για τό έτος 2020 το κόστος της μίας άμεσης ώρας Υπηρεσιών ΑΦ διαμορφώνεται ως ακολούθως:

EQF6→→ 109,02 Ευρώ

EQF8→→ 144,97 Ευρώ.

Αν, λοιπόν, ένας ασθενής φροντίστηκε σε ένα μήνα 5 άμεσες ώρες από EQF8 και 6 άμεσες ώρες από EQF6 λειτουργούς υγείας, τότε η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» μπορεί να αιτηθεί αναδρομικά για τον συγκεκριμένο ασθενή 1378.97 ευρώ για τον μήνα ως ακολούθως:

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	EQF6	EQF8	
ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ	6X109,02	5X144,97	
ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΣΤΟΥΣ (€)	654,12	724,85	1.378,97

3.7.3 Παράδειγμα ασθενούς της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»

Αναφέρεται παράδειγμα ασθενούς της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»:

Ασθενής θήλυ με ΑΜΓ#### με διάγνωση καρκίνου τη μήτρας ηλικίας 52 ετών εισήλθε στην φροντίδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» τον Μάιο του 2020 με PPS σκορ 40 και φροντίστηκε μέχρι την κατάληξή της στις 09/01/2021.

Κατά τον μήνα Οκτώβριο του 2020 το PPS σκορ ήταν 30 πού την κατατάσσει στην End-Of-Life κατηγορία. Κατά τον μήνα αυτόν μπορεί να γίνει υπολογισμός του κόστους βάσει του *χρεώσιμου χρόνου* ως ακολούθως:

Ημερομηνία:	Λειτουργός Υγείας	Άμεσος χρόνος (λεπτά)	Χρεώσιμος χρόνος (λεπτά)	Χρεώσιμος Χρόνος (ώρες)	
5/10/20	Εργοθεραπεύτρια ¹	70	70X3,61 ³	4,21	
6/10/20	Νοσηλεύτρια ¹	80	80 X3,61	4,81	
8/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	60 X3,61	3,61	
10/10/20	Εργοθεραπεύτρια ¹	70	70 X3,61	4,21	
15/10/20	Νοσηλεύτρια ¹	50	50 X3,61	3,00	
15/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	60 X3,61	3,61	
22/10/20	Νοσηλεύτρια ¹	80	80 X3,61	4,81	
22/10/20	Ιατρός ²	80	80 X3,61X1,33 ⁴	6,40	

30/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	60 X3,61	3,61	
ΣΥΝΟΛΟ ΧΡΕΩΣΙΜΩΝ ΩΡΩΝ				38.27	
ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΩΡΑΣ 2020 (€)					30,2
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ (€).					1.155,75

1. EQF6, 2. EQF8, 3. Συντελεστής στάθμισης έμμεσου χρόνου, 4. Συντελεστής στάθμισης EQF8/ EQF6 το 2020

Για την ίδια ασθενή μπορεί να γίνει υπολογισμός του κόστους βάσει τού *άμεσου* χρόνου για τους EQF6 και EQF8. Έτσι λαμβάνοντας υπ' όψιν τον άμεσο χρόνο κατά τον οποίο αυτή η ασθενής φροντίστηκε, ο υπολογισμός για τον μήνα Σεπτέμβριο του 2020 γίνεται ως ακολούθως:

Ημερομηνία:	Λειτουργός Υγείας	Άμεσος χρόνος (λεπτά)	Άμεσος χρόνος (ώρες)	Κόστος 1 Άμεσης ώρας 2020 ³ (€)	Κόστος Άμεσου Χρόνου (€)
4/10/20	Ιατρός ²	45	0,75	144,97	108,72
4/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	1	109,02	109,02
11/10/20	Εργοθεραπεύτρια ¹	70	1,16	109,02	126,46
11/10/20	Νοσηλεύτρια ¹	60	1	109,02	109,02
16/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	1	109,02	109,02
24/10/20	Νοσηλεύτρια ¹	70	1,16	109,02	126,46
24/10/20	Φυσικοθεραπεύτρια ¹	60	1	109,02	109,02
24/10/20	Ιατρός ²	70	1,16	144,97	168,16
25/10/20	Εργοθεραπεύτρια ¹	60	1	109,02	109,02
ΣΥΝΟΛΟ ΚΟΣΤΟΥΣ (€)					1.074,9

1.EQF6, 2.EQF8, 3. Κόστος Άμεσης ώρας (€) για EQF6→ 109,02 και EQF8→ 144,97 για το έτος 2020

Τά ποσά αυτά και στην αναδρομική και στην προοπτική κοστολόγηση Υπηρεσιών ΑΦ δεν λαμβάνουν υπ' όψιν την συνεισφορά των εθελοντών στο έργο της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», το οποίο σύμφωνα με εκτιμήσεις του Τμήματος Ποιότητας, αν συνυπολογιστεί θα ηύξανε τον προϋπολογισμό σε κάθε μία από τις ανωτέρω περιπτώσεις περίπου κατά 25%. Η συμμετοχή των εθελοντών στην μείωση του προϋπολογισμού της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» είναι πολύ ενδιαφέρουσα πτυχή και θα μπορούσε να αποτελέσει πεδίο μελλοντικής έρευνας.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα αυτή παρουσιάζεται για πρώτη φορά μελέτη κοστολόγησης των κατ' οίκον Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Η μελέτη βασίζεται πάνω σε αντίστοιχη μελέτη της PriceWaterhouseCoopers για την Ολλανδική κυβέρνηση και αναφέρεται στη περίπτωση της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

4.1 ΚΟΣΤΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗΣ ΩΡΑΣ ΤΗΣ ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

Το κόστος κάθε χρεώσιμης ώρας Υπηρεσιών ΑΦ είχε διακύμανση από 19,9 έως 30,2 Ευρώ για τα έτη 2015-2020, με διακύμανση μεταξύ των ετών και την μικρότερη τιμή το 2015 και την μεγαλύτερη το 2020. Σχετικά με το Ολλανδικό μοντέλο μετά την στάθμισή του ως προς την Ελλάδα για εργαζομένους στον χώρο της υγείας βάσει πινάκων της Eurostat και του ΟΑΣΑ, το κόστος κάθε χρεώσιμης ώρας Υπηρεσιών ΑΦ στη ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», εμφανίζεται υπο-διπλάσιο μέχρι και υπο-τριπλάσιο. Μάλιστα παρά το γεγονός ότι στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» εργάζεται και προσωπικό Λειτουργιών Υγείας EQF8 το οποίο αμείβεται υψηλότερα, ενώ στο Ολλανδικό μοντέλο δεν αναφέρεται Λειτουργός Υγείας EQF8.

Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί βάσει αρκετών παραγόντων. Παρατηρούμε για το έτος 2016 στο οποίο είναι βασισμένο το Ολλανδικό μοντέλο ότι το συνολικό μηνιαίο μισθολογικό κόστος για τους EQF6 είναι για το μεν Ολλανδικό μοντέλο 4.367 Ευρώ ενώ για την ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» είναι μειωμένο κατά 2,78 φορές (σχεδόν υπο-τριπλάσιο), ενώ βάσει της σταθμίσεως θα έπρεπε να είναι περίπου 2.150 Ευρώ, μειωμένο μόλις κατά 2,03 φορές. Αυτή η διαφορά οφείλεται εν μέρει στο καθαρά μισθολογικό κόστος αλλά περισσότερο στα επιπλέον κόστη που φαίνεται να συνοδεύουν τον μισθό του εργαζομένου στην Ολλανδία όπως bonus στο τέλος του έτους, επιδόματα εφ' άπαξ, bonus διακοπών, και σημαντικά επιδόματα ύψους 3.975€ ετησίως για εκπαίδευση (ORT-Organization for Educational Resources and Technological Training?) τα οποία δεν φαίνεται υπάρχουν στην Ελλάδα.

Το μικρό κόστος επίσης θα μπορούσε να εξηγηθεί και από το εκτεταμένο δίκτυο εθελοντών που διακονούν στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» το οποίο αν δεν υπήρχε θα ανέβαζε το κόστος των Υπηρεσιών κατά 25%, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Τμήματος ποιότητας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

Τέλος θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διαχείριση των οικονομικών της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», είναι άριστη καθώς: έχει σήμανση ποιότητας (τελευταία ανανέωση το 2021), είναι μη κερδοσκοπική, και οι πόροι της είναι σημαντικά περιορισμένοι καθώς βασίζεται μόνο σέ χορηγίες, ενώ διακατέχεται από πνεύμα διακονίας προς τους ασθενείς και διαθέτει εκτεταμένο και ενεργό δίκτυο εθελοντών.

Το κόστος για κάθε άμεση ή χρεώσιμη ώρα Υπηρεσιών ΑΦ για τους EQF8 and EQF6 είναι θεμελιώδης συνιστώσα για τον υπολογισμό (είτε προοπτικά, είτε αναδρομικά) του κόστους των Υπηρεσιών ΑΦ. Το κόστος αυτό, μαζί με τον αριθμό των άμεσων ή των χρεώσιμων ωρών ανά κατηγορία ασθενούς ανά μήνα θα αποτελέσει στέρεα βάση για την αναζήτηση των Δημοσίων πόρων.

4.2 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΧΡΕΩΣΙΜΩΝ ΩΡΩΝ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΚΟΣΤΟΣ.

Υπολογίστηκε ανά μήνα, ο ΜΟ των χρεώσιμων ωρών που απαιτείται για κάθε ασθενή σε κάθε κατηγορία PPS, ώστε να διερευνηθεί 1^{ον} αν η σοβαρότητα της κατατάξεως της κατηγορίας του ασθενούς έχει σχέση με υγειονομικούς πόρους που απαιτούνται για την παροχή Υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας και 2^{ον} για να εκτιμηθεί το αντίστοιχο κόστος των ασθενών ανά κατηγορία, ανά μήνα. Ο ένας μήνας προτιμήθηκε σέ σχέση με άλλα διαστήματα, όπως 1 εβδομάδα ή 13 εβδομάδες (1/4 του έτους), καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ως διάστημα με το οποίο μπορεί να εκτιμηθεί η διάρκεια ενός επεισοδίου φροντίδας.(77,92)

Τα δεδομένα για την καταχώρηση των στοιχείων PPS ήταν πιο συστηματικά για τα έτη 2019-2020, καθώς έλειπαν ελάχιστες καταχωρήσεις σέ σχέση με τα προηγούμενα έτη. Έτσι έγιναν δύο υπολογισμοί: ένας για την συνολική περίοδο 2015-2020 και ένας για την πιο συνεκτική περίοδο 2019-2020. Υπολογίστηκε και αντιπαρεβλήθη η πραγματικότητα του κόστους της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» με το Ολλανδικό μοντέλο, καθώς τα οικονομετρικά πρωτόκολλα στις δύο έρευνες ήταν όμοια.

Έτσι, στα πλαίσια της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», επιβεβαιώνεται το συμπέρασμα του Ολλανδικού μοντέλου πως όσο μεγαλώνει η σοβαρότητα της κατηγοριοποίησης τόσο αυξάνουν και οι σταθμισμένες ώρες που απαιτούνται. Δηλαδή η κατανάλωση Υγειονομικών πόρων μετρημένων σε ώρες Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας γίνεται μεγαλύτερη καθώς περνάμε από την κατηγορία Stable στην Unstable και τελικά στην End-of-Life. Η εικόνα είναι

ανάλογη για όλη την περίοδο 2015-2020 ενώ για την περίοδο από το 2018-2020, όπου η καταγραφή της κατηγοριοποίησης PPS γίνεται πιο συστηματική, η διαφορές υπάρχουν αλλά γίνονται μικρότερες μεταξύ των τριών κατηγοριών PPS. Έτσι κατά την πιο συνεκτική περίοδο 2019-2020, ο ΜΟ των υγειονομικών πόρων για τον ασθενή στην κατηγορία Unstable και End-of-Life είναι αυξημένοι κατά 44% και 88% αντιστοίχως σε σχέση με την κατηγορία Stable. Αντίστοιχη εκτίμηση δεν μπορεί να γίνει με το Ολλανδικό μοντέλο, καθώς εκεί χρησιμοποιήθηκε ένα ανάλογο, αλλά διαφορετικό και υπό τελική διαμόρφωση σύστημα ταξινόμησης το case-mix SF Questionnaire.(75)

Το κόστος που οι υγειονομικοί πόροι παρεκλύουν, υπολογίστηκε βάσει των χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή ανά κατηγορία PPS ανά μήνα και του κόστους της χρεώσιμης ώρας. Παρατηρούμε τα εξής:

Όταν για την περίοδο 2019-2020, γίνεται σύγκριση μεταξύ του κόστους που υπολογίστηκε με βάση το Ολλανδικό μοντέλο και του πραγματικού κόστους της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», το κόστος βάσει του Ολλανδικού μοντέλου είναι αυξημένο κατά 99%, 105% και κατά 121% στην κατηγορία Stable Unstable και End-of-Life αντιστοίχως δηλαδή διπλάσιο και υπερδιπλάσιο για την κατηγορία End-of-Life. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί βάσει των παραγόντων οι οποίοι συζητήθηκαν στο 4.1 και θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν κατά την κατάρτιση προοπτικά προϋπολογισμών για την αναζήτηση δημοσίων πόρων με σκοπό την κάλυψη του κόστους των Υπηρεσιών της ΑΦ στην κοινότητα.

Για την συνεκτικότερη περίοδο 2019-2020, με βάση τα πραγματικά έξοδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», παρατηρούμε ότι το κόστος ανά ασθενή ανά κατηγορία ανά μήνα αυξάνεται κατά 40%, και 70% στις κατηγορίες Unstable και End-of-Life αντιστοίχως, σε σχέση με την κατηγορία Stable, ακολουθώντας το πρότυπο των χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλώνει η σοβαρότητα της καταστάσεως του ασθενούς τόσο αυξάνονται και οι πόροι που χρειάζονται για την παροχή Υπηρεσιών ΑΦ.

4.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS

Σύμφωνα με τα στοιχεία που τηρούνται στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», παρατηρείται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών της ΜΑΦ ανήκει διαχρονικά στην κατηγορία Unstable η οποία και εμφανίζει την μεγαλύτερη δυναμική αύξηση προϊόντων των ετών. Για τα έτη 2015-

2020 ο ΜΟ των ασθενών ανά κατηγορία ανά μήνα ήταν 25, 47, 16, ενώ στη διετία 2019-2020 ήταν 25, 60, 21 για τις κατηγορίες Stable, Unstable και End-of-life αντιστοίχως. Οι κατηγορίες Stable και End-of-Life έχουν λιγότερους ασθενείς ενώ η κατηγορία Stable είναι ελαφρώς πολυπληθέστερη αλλά περισσότερο σταθερή σε σχέση με την End-of-Life η οποία δείχνει μικρή αυξητική τάση.

Αυτά τα ευρήματα διαφέρουν από τα ευρήματα στην Ολλανδική μελέτη για την εκπόνηση του νέου συστήματος ταξινομήσεως, του case-mix SF Questionnaire, (75)όπου βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών στις κατηγορίες με τους λιγότερο βεβαρυμένους ασθενείς, δηλαδή ο αριθμός των ασθενών μειωνόταν όσο γινόταν σοβαρότερη η κατάσταση των λειτουργικών τους αναγκών. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μία σειρά από λόγους που δεν φαίνεται να σχετίζονται με το ότι τα case-mix μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν είναι διαφορετικά. Έτσι, η Ολλανδική μελέτη είχε διάρκεια μόνον 6 μήνες και το δείγμα των ασθενών ήταν εξ αρχής εκτεθειμένο κυρίως σε νέους ασθενείς. Αντίθετα, η δική μας μελέτη είχε διάρκειά 5 έτη και περιείχε όλους τους ασθενείς της ΜΑΦ από τότε που εισήλθαν στην φροντίδα της ΜΑΦ μέχρι την αποχώρησή τους, είτε λόγω βελτίωσης είτε συχνότερα, λόγω θανάτου. Επίσης οι διαφορές μπορεί να οφείλονται σε στην interobserver variability των Λειτουργιών Υγείας στην Ολλανδία και στην Ελλάδα που κάνουν την ταξινόμηση των ασθενών στα δύο case-mix συστήματα ταξινομήσεως.

Διερευνώντας τον διπλάσιο σχεδόν αριθμό των ασθενών στην Unstable κατηγορία στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» σε σχέση με τις υπόλοιπες δύο κατηγορίες θα μπορούσαμε να σκεφθούμε ότι η ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», εμπλέκεται με τους ασθενείς που φροντίζει σε μακροχρόνια σχέση και έχει στην κατ' οίκον φροντίδα της κυρίως ασθενείς μέσης κατηγοριοποιήσεως, καθώς οι νέοι ασθενείς «ωριμάζουν» σε κατηγορία μένοντας στην φροντίδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

Ο σταθερός αριθμός των ασθενών στην κατηγορία Stable σέ όλη την διαχρονικότητα, εκφράζει περισσότερο την έλλειψη πόρων και την αδυναμία αναπτύξεως περαιτέρω του έργου της ΜΑΦ λόγω της ελλείψεως αυτής, παρά την σταθερότητα σε ανάγκες ΑΦ στην κοινότητα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η καμπύλη για τους End-of-Life ασθενείς. Θα περίμενε κανείς καθώς αυξάνουν σημαντικά οι ασθενείς στην κατηγορία Unstable να αυξάνουν σημαντικά και στην End-of-Life, καθώς η πρώτη συνήθως τροφοδοτεί την δεύτερη. Βλέπουμε όμως πώς η κατηγορία End-of-Life έχει μόνο μικρή αύξηση από τα αρχικά έτη και στα τελευταία 3 έτη εμφανίζει μία μικρή διακύμανση αλλά όχι αύξηση. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι από το 2018 λειτουργεί ο Ξενώνας στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» ο οποίος απορροφά τον κύριο όγκο των

ασθενών της End-of-Life κατηγορίας «υποκλέπτοντας» ασθενείς της κατηγορίας αυτής από την κατ' οίκον φροντίδα.

Αν συγκρίνουμε την πρώτη 3ετία (2015-17) με την δεύτερη (2018-20) παρατηρείται ως προς των αριθμό των χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή και ως προς τον συνολικό αριθμό των ασθενών που φροντίζονται μία μεγαλύτερη σχετικά αύξηση ως προς των αριθμό των ασθενών. Δηλαδή ο αριθμός των ασθενών δεν επισύρει μείωση αλλά συνοδεύεται από μικρή αύξηση στον αριθμό των χρεώσιμων ωρών ανά ασθενή. Αυτό (αν θεωρήσουμε ότι ο αριθμός των Λειτουργών Υγείας είναι περίπου σταθερός) θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι κάθε λειτουργός υγείας προσφέρει περισσότερο χρόνο *μαζί* με τον ασθενή (άμεσες υπηρεσίες ΑΦ) έχοντας ως συνέπεια αποτελεσματικότερες Υπηρεσίες ΑΦ.

4.4 ΧΡΕΩΣΙΜΕΣ ΩΡΕΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS ΑΝΑ ΜΗΝΑ

Θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί ποια *κατηγορία PPS* ασθενών απαιτεί περισσότερες χρεώσιμες ώρες και επομένως καταναλώνει περισσότερους υγειονομικούς πόρους, σέ επίπεδο *κατηγορίας PPS* ασθενών. Αυτό δεν σχετίζεται μόνον με τις ώρες που απαιτούνται για τον κάθε ασθενή της κάθε κατηγορίας PPS αλλά και με τον συνολικό αριθμό ασθενών που υπάρχουν σε κάθε κατηγορία PPS. Παρατηρούμε ότι στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» η κατηγορία που κατανάλωσε περισσότερους πόρους είναι η Unstable. Για την διετία 2019-20 μάλιστα κατανάλωσε κατά ΜΟ 764 ώρες οι οποίες είναι υπέρ-3πλάσιες από τις 232 τις οποίες κατανάλωσε η Stable. Από την άλλη πλευρά, είδαμε ότι, ενδεικτικά, για την διετία 2019-20 οι ώρες ανά ασθενή στην κατηγορία Unstable είναι αυξημένες μόνο κατά 44% σε σχέση με την κατηγορία Stable). Επομένως τεκμαίρεται ότι η κατηγορία Unstable καταναλώνει σημαντικά περισσότερους πόρους κυρίως διότι, όπως έχει συζητηθεί στο 4.3, είναι σημαντικά πολυπληθέστερη.

Συγκρίνοντας μεταξύ τους τις κατηγορίες, παρατηρείται για την διετία 2019-20, ότι η κατηγορία Stable, παρά το ότι έχει κατά 19% περισσότερους ασθενείς από την κατηγορία End-of-Life (25 στην Stable έναντι 21 στην End-of-Life), απαιτεί λιγότερους πόρους-χρεώσιμες ώρες- κατά 33% (232 στην Stable έναντι 344 στην End-of-Life). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι ο μέσος ασθενής στην κατηγορία End-of-Life καταναλώνει κατά 88% περισσότερους πόρους από τον μέσο ασθενή της κατηγορίας Stable (9 στην Stable έναντι 17 στην End-of-Life). Συμπερασματικά: Ο ΜΟ των υγειονομικών πόρων ανά ασθενή ανά μήνα αυξάνει σταδιακά από την Stable στην Unstable και στην End-of-Life κατηγορία PPS. Όμως,

ανά κατηγορία PPS, περισσότεροι πόροι απαιτούνται για την Unstable (επειδή είναι πολυπληθέστερη) και λιγότεροι για την Stable επειδή στην τελευταία κάθε ασθενής της καταναλώνει λιγότερους υγειονομικούς πόρους.

Μελετώντας την διακύμανση των κατηγοριών στον χρόνο, παρατηρείται ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία μείωση στις συνολικές ώρες ανά μήνα για τους Stable (325 για την περίοδο 2015-20 έναντι 232 για την διετία 2019-20), ενώ οι άλλες δύο κατηγορίες είναι σχετικά σταθερές. Η πρώτη παρατήρηση ίσως υποδεικνύει αποδοτικότερες Υπηρεσίες ΑΦ προϊόντων των ετών στην κατηγορία Stable, καθώς ο αριθμός των ασθενών παραμένει σχεδόν ίδιος. Σχετικά με την δεύτερη παρατήρηση και για την κατηγορία End-of-Life παρατηρείται σχετική σταθερότητα (355 για την περίοδο 2015-20 έναντι 344 για την διετία 2019-20) παρά το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς της κατηγορίας αυτής την τελευταία 3ετία φροντίζονται στον Ξενώνα για κάποια διαστήματα και έτσι υποκλέπονται από την κατ' οίκον φροντίδα. Θα περίμενε δηλαδή κανείς μείωση και στην κατηγορία αυτή η οποία, όμως, δεν παρατηρείται. Αυτό εξηγείται από την αύξηση κατά 28% του αριθμού των ασθενών ανά μήνα της κατηγορίας Unstable (47 για την περίοδο 2015-20 έναντι 60 για την διετία 2019-20) η οποία τροφοδοτεί την End-of-Life κατηγορία. Και αυτό, μάλιστα, παρά το γεγονός ότι προϊόντων των ετών ο μέσος ασθενής στην End-of-Life κατηγορία απαιτεί μειωμένους κατά 35% υγειονομικούς πόρους (26 χρεώσιμες ώρες για την περίοδο 2015-20 έναντι 17 για την διετία 2019-20).

Ο αριθμός των ασθενών ανά κατηγορία έχει διαφορετική εικόνα στην ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» σέ σχέση με τα ευρήματα της μελέτης των Elissen AMJ et al, (75) αν και όπως έχει αναφερθεί η σύγκριση δεν μπορεί να είναι πλήρως αναλογική καθώς οι δύο μελέτες χρησιμοποιούν διαφορετικά case-mix μοντέλα ταξινομήσεως. Έτσι στην μελέτη εκείνη, οι κατηγορίες με τους περισσότερο λειτουργικούς ασθενείς κατανάλωναν περισσότερους πόρους κυρίως επειδή ήταν αριθμητικά περισσότεροι οι ασθενείς σε εκείνες τις κατηγορίες.

4.5 ΧΡΕΩΣΙΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ EQF 8 ΚΑΙ EQF 6 ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ PPS

Μία άλλη παράμετρος πού διερευνήθηκε αφορούσε το ερώτημα αν κάποια κατηγορία Λειτουργιών Υγείας είναι περισσότερο απαραίτητη για την παροχή Υπηρεσιών ΑΦ στην κοινότητα σε κάποια συγκεκριμένη PPS κατηγορία ασθενών. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμη γνώση για τον προγραμματισμό της στελεχώσεως με Λειτουργούς Υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

Κατ' αρχήν μελετήθηκε ο *χρεώσιμος* χρόνος. Ο *χρεώσιμος* χρόνος αναμένεται να είναι για τους EQF8 αυξημένος κατά 33%-57% σε σχέση με τους EQF6 λόγω της σταθμίσεως του κόστους μεταξύ των EQF8 και EQF6. Εδώ το ενδιαφέρον εστιάζεται στο κόστος πού ο άμεσος χρόνος επιφέρει στις Υπηρεσίες ΑΦ τις οποίες προσφέρουν ξεχωριστά οι EQF8 και EQF6 Λειτουργοί Υγείας καθώς ο *χρεώσιμος* χρόνος εμπεριέχει την στάθμιση του μισθολογικού κόστους

Ακολούθως παρουσιάζεται ο *άμεσος* χρόνος Υπηρεσιών ΑΦ, ο οποίος αποτιμά την κλινική πραγματικότητα και όχι το παρελκόμενο κόστος, καθότι δεν εμπεριέχει την στάθμιση μεταξύ EQF8 και EQF6. Εδώ το ενδιαφέρον εστιάζεται στον χρόνο, ως υγειονομικό πόρο, και όχι στο κόστος πού ο χρόνος αυτός παρελκύει

Από τα διαγράμματα παρατηρούμε ότι οι *άμεσες* και οι *χρεώσιμες* ώρες Λειτουργιών Υγείας ανά PPS κατηγορία ασθενών παρουσιάζουν παρόμοια διακύμανση-μοτίβο. Μεταξύ των άμεσων και χρεώσιμων ωρών παρατηρείται σημαντική διαφορά στους EQF8, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, λόγω της σταθμίσεως και του μισθολογικού κόστους. Στους EQF6 παρατηρείται επίσης διαφορά (λίγο μικρότερη), καθώς εκεί η στάθμιση αφορά μόνο τον έμμεσο χρόνο.

Σε όλη την ιστορικότητα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ώρες των ιατρών παρουσιάζουν μεγάλες μεταβολές σε κάθε κατηγορία ασθενών, ιδίως τα πρώτα 3 χρόνια. Οι μεγάλες μεταβολές στις ώρες ανά ασθενή οφείλονται κατά κύριο λόγο στη φύση των δεδομένων και συγκεκριμένα στον μικρό αριθμό ασθενών ανά κατηγορία ανά μήνα ανά EQF8 και EQF6 αλλά και στο γεγονός ότι ο αριθμός των EQF8 είναι μικρός σε σχέση με τους EQF6, με σημαντικές μεταβολές από 1- 4 ανά περιόδους. Για παράδειγμα, στην κατηγορία End-of-life έχουμε μικρότερο όγκο των ασθενών σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες και επομένως οι σποραδικές διακυμάνσεις του άμεσου (και χρεώσιμου) χρόνου, ιδίως στους EQF8 θα ήταν αναμενόμενες.

Συγκρίνοντας στα διαγράμματα του *άμεσου* χρόνου την ανάγκη λειτουργιών Υγείας EQF8 και EQF6 ανά PPS κατηγορία ασθενών, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές παρεκκλίσεις μεταξύ των EQF8 και EQF6. Δηλαδή οι δύο κατηγορίες λειτουργιών Υγείας εμπλέκονται ισότιμα στις 3 PPS κατηγορίες ασθενών. Όμως, αν κανείς συνυπολογίσει το ότι οι EQF6 είναι περίπου διπλάσιοι από τους EQF8, ίσως θα πρέπει να συμπεράνει ότι οι επισκέψεις των EQF8 είναι συχνότερες, αφού ο χρόνος πού καταναλώνουν ανά επίσκεψη δεν εκτιμάται ότι είναι

μεγαλύτερος σε σχέση με τούς EQF6. Περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων θα μπορούσε να οδηγήσει σε πιο σαφή συμπεράσματα, στο θέμα αυτό.

ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΠΕΔΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η μελέτη αυτή βασίστηκε σέ προϋπάρχοντα συστήματα ταξινομήσεως τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς, όπως το PPS τα οποία έχουν δοκιμαστεί σε εσωτερικό και εξωτερικό έλεγχο επικύρωσης.

Η μελέτη αυτή χρησιμοποίησε όλα στοιχεία όλων των ασθενών της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» για τα έτη 2015-2020 από μία προσεκτικά τηρούμενη και καθημερινά ανανεούμενη βάση δεδομένων.

Τηρήθηκαν όλα τα μέτρα σχετικά με το GDPR για τα προσωπικά δεδομένα ασθενών και λειτουργών Υγείας.

Έγινε πολύ προσεκτικός έλεγχος για την σωστή συσχέτιση και στάθμιση των στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή με εκείνα του Ολλανδικού μοντέλου.

Είναι η πρώτη φορά που στην Ελλάδα γίνεται μία μελέτη προοπτικού κόστους των Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Κοινότητα.

5.2 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μελέτη αυτή αναδεικνύει την περίπτωση της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», καθώς είναι η μοναδική τέτοια μονάδα στην Ελλάδα. Περισσότερη έρευνα θα χρειαστεί όταν αναπτυχθούν και άλλες μονάδες για την γενικότερη διερεύνηση του κόστους στην Ελλάδα των Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Κοινότητα.

Τα ερωτηματολόγια στους Λειτουργούς Υγείας (ΛΥ) μπορούσαν να είχαν συμπληρωθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αυξάνοντας την εμπειρία με αυτά των ΛΥ και την αξιοπιστία των απαντήσεών τους.

5.3 ΠΕΔΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στό μέλλον περισσότερα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να διερευνηθούν όπως:

- το κόστος ανά *επίσκεψη* ανά κατηγορία ασθενών και ανά ασθενή
- το συνολικό χρονικό διάστημα κατά το οποίο κάθε ασθενής ανά κατηγορία παραμένει στην φροντίδα της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».
- Η σημασία των εθελοντών για τον προϋπολογισμό της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ».

ΕΝΟΤΗΤΑ 6: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Palliative Care in Medi-Cal (SB 1004) Resource Center - California Health Care Foundation [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.chcf.org/resource/sb-1004/>
2. Palliative Care [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Types of Palliative Care | Cancer.Net [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/physical-emotional-and-social-effects-cancer/types-palliative-care>
4. Palliative Care in Cancer - National Cancer Institute [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>
5. Mather H, Guo P, Firth A, Davies JM, Sykes N, Landon A, et al. Phase of Illness in palliative care: Cross-sectional analysis of clinical data from community, hospital and hospice patients. *Palliative Medicine*. 2018 Feb 1;32(2):404–12.
6. Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2015 Sep 1;88(3):533–62.
7. Hatziandreu E, Archontakis F, Daly A. The potential cost savings of greater use of home and hospice-based end of life care in England: RAND Corporation; 2008.
8. Orlovic M, Marti J, Mossialos E. Analysis Of End-Of-Life Care, Out-Of-Pocket Spending, And Place Of Death In 16 European Countries And Israel. *Health Affairs*. 2017 Jul 1;36(7):1201–10.
9. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: A claims data based observational study. *BMC Health Services Research*. 2015 Jan 22;15(1):23.
10. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? *The Oncologist*. 2012 Feb 17;17(2):267–73.
11. Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KLB, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V, et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011 Jan 1;41(1):49–56.
12. Follwell M, Burman D, Le LW, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, et al. Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2009 Jan 10;27(2):206–13.
13. Yennurajalingam S, Zhang T, Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. Vol. 15, *Supportive Care in Cancer*. Support Care Cancer; 2007. p. 471–5.

14. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. *Cancer*. 2009 Jan 15;115(2):437–45.
15. Kjørven Haug SH, Danbolt LJ, Kvigne K, Demarinis V. Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. Vol. 14, *Palliative and Supportive Care*. Cambridge University Press; 2014. p. 20–32.
16. Lobb EA, Lacey J, Kearsley J, Liauw W, White L, Hosie A. Living with advanced cancer and an uncertain disease trajectory: An emerging patient population in palliative care? *BMJ Supportive and Palliative Care*. 2015 Dec 1;5(4):352–7.
17. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *European Journal of Cancer Care*. 2018 May 1;27(3):e12837.
18. Chai E, Meier DE. Identifying the effective components of palliative care. *Archives of Internal Medicine*. 2011 Apr 11;171(7):655–6.
19. Dalal S, Palla S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Li Z, et al. Association Between a Name Change from Palliative to Supportive Care and the Timing of Patient Referrals at a Comprehensive Cancer Center. *The Oncologist*. 2011 Jan 6;16(1):105–11.
20. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2009 Aug 19;302(7):741–9.
21. Sullivan DR, Chan B, Lapidus JA, Ganzini L, Hansen L, Carney PA, et al. Association of early palliative care use with survival and place of death among patients with advanced lung cancer receiving care in the veterans health administration. *JAMA Oncology*. 2019 Dec 1;5(12):1702–9.
22. Nipp R, El-Jawahri A, Temel J. Prolonged survival with palliative care-It is possible, but is it necessary? Vol. 5, *JAMA Oncology*. American Medical Association; 2019. p. 1693–4.
23. Gomes B, Harding R, Foley KM, Higginson IJ. Optimal Approaches to the Health Economics of Palliative Care: Report of an International Think Tank. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009 Jul 1;38(1):4–10.
24. Normand C. Setting priorities in and for end-of-life care: Challenges in the application of economic evaluation. In: *Health Economics, Policy and Law*. Health Econ Policy Law; 2012. p. 431–9.
25. Bickel K, Ozanne E. Importance of costs and cost effectiveness of palliative care. Vol. 13, *Journal of Oncology Practice*. American Society of Clinical Oncology; 2017. p. 287–9.
26. Pham B, Krahn M. End-of-Life Care Interventions: An Economic Analysis. *Ontario health technology assessment series*. 2014;14(18):1–70.
27. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. 2014 Feb 9;28(2):130–50.

28. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—The Dutch experience. *Social Science & Medicine*. 2006 Oct;63(7):1720–31.
29. Aldridge MD, Kelley AS. The myth regarding the high cost of end-of-life care. Vol. 105, *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2015. p. 2411–5.
30. Riley GF, Lubitz JD. Long-Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *Health Services Research*. 2010 Apr;45(2):565–76.
31. BARNATO AE. End-of-life spending: can we rationalise costs? *Critical Quarterly*. 2007 Nov;49(3):84–92.
32. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harvard business review*. 2011;89(9):46–52.
33. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2009;16(6):278–89.
34. European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Parts 1 and 2. 2010.
35. Deber R, Hollander MJ, Jacobs P. Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework. *Canadian Public Administration*. 2008 Oct 27;51(3):381–405.
36. Donaldson C, Gerard K. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. London: Macmillan Education UK; 1993.
37. AcademyHealth. Glossary of Terms Commonly Used in Health Care 2004. 2004;
38. Connor SR, Cecilia Sepulveda Bermedo M, Baxter S, Hospice Palliative Care Association C, Samira Beckwith CK, Hospice H, et al. Senior Adviser Cancer Control, Chronic Diseases Prevention and Management, Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization. 2014.
39. Groeneveld EI, Cassel JB, Bausewein C, Csikós Á, Krajnik M, Ryan K, et al. Funding models in palliative care: Lessons from international experience. *Palliative Medicine*. 2017;31(4):296–305.
40. Hughes-Hallett T, Craft A, Davies C, Mackay I, Nielsson T. Funding the Right Care and Support for Everyone Creating a Fair and Transparent Funding System; the Final Report of the Palliative Care Funding Review The review team. 2011.
41. Hospice UK, Hospices UKC. Supporting Hospice accounts. 2021;
42. Definition: What is Resource Allocation?
43. Garrard E. Palliative care and the ethics of resource allocation. *International journal of palliative nursing*. 1996 Apr 2;2(2):91–4.
44. Costante A, Lawand C, Cheng C. Access to Palliative Care in Canada. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2019 Jan;21(4):10–2.
45. Garralda E, Hasselaar J, Carrasco JM, Van Beek K, Siouta N, Csikos A, et al. Integrated palliative care in the Spanish context: a systematic review of the literature. *BMC palliative care*. 2016 May 13;15:49.

46. Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F, et al. [Palliative care at the end of life in Germany : Utilization and regional distribution]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2020 Dec;63(12):1502–10.
47. Wright M, Lynch T, Clark D, Revd T. A review of donor organisations that support palliative care development in five world regions A report prepared for the Open Society Institute.
48. Home - The Masonic Charitable Foundation [Internet]. [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://mcf.org.uk/>
49. Funding for hospices and palliative care organisations [Internet]. [cited 2021 Feb 1]. Available from: <https://www.wolfson.org.uk/funding/funding-for-places/funding-for-hospices-and-palliative-care-organisations/>
50. Gardiner C, Brereton L, Frey R, Wilkinson-Meyers L, Gott M. Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care: a systematic review of the literature. *Palliative medicine*. 2014 May;28(5):375–90.
51. Himmelstein DU, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American journal of medicine*. 2009 Aug;122(8):741–6.
52. Corrieri S, Heider D, Matschinger H, Lehnert T, Raum E, König H-H. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. *International journal for equity in health*. 2010 Aug 11;9:20.
53. Kotlarz H, Gunnarsson CL, Fang H, Rizzo JA. Insurer and out-of-pocket costs of osteoarthritis in the US: evidence from national survey data. *Arthritis and rheumatism*. 2009 Dec;60(12):3546–53.
54. C Hoffmann, E van Ginneken RB. Better funding model for inpatient hospice units. *Health Policy Monitor*. 2016.
55. Ruth, Wilson, S.E.D. Shortt and JD. Implementing primary care reform : barriers and facilitators : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press. 2004 [cited 2021 Feb 4]. p. 25–38. Available from: <https://archive.org/details/implementingprim0000unse>
56. Birch S, Eyles J, Hurley J, Hutchison B, Chambers S. A Needs-Based Approach to Resource Allocation in Health Care. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*. 1993 Mar;19(1):68.
57. Berk ML, Monheit AC. The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited. *Health Affairs*. 2001 Mar;20(2):9–18.
58. Berk ML, Monheit AC. The Concentration of Health Expenditures: An Update. *Health Affairs*. 1992 Jan;11(4):145–9.
59. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *The New England journal of medicine*. 2004 Sep 30;351(14):1448–54.
60. Starfield B. State of the art in research on equity in health. *Journal of health politics, policy and law*. 2006 Feb;31(1):11–32.

61. Saxena S, George J, Barber J, Fitzpatrick J, Majeed A. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2006 Feb;99(2):81–9.
62. Duckett S. Aligning policy objectives and payment design in palliative care. Vol. 17, *BMC Palliative Care*. BioMed Central Ltd.; 2018. p. 1–10.
63. Fetter R. DRGs : their design and development (Book, 1991) [WorldCat.org]. Health Admin Press. 1991.
64. Vladeck BC, Kramer PS. Case mix measures: DRGs and alternatives. *Annual review of public health*. 1988;9:333–59.
65. Stolk EA, Poley MJ. Criteria for determining a basic health services package. Recent developments in The Netherlands. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2005 Mar;6(1):2–7.
66. Stineman MG, Kallen MA, Thompson C, Gage B. Challenges in paying for effective stays. *Medical care*. 2005 Sep;43(9):841–3.
67. Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models: Lessons for rehabilitation. Vol. 26, *Clinical Rehabilitation*. 2012. p. 195–208.
68. Lee LA, Eagar KM, Smith MC. Subacute and non-acute casemix in Australia. *The Medical journal of Australia*. 1998;169(S1):S22–5.
69. National Research Council. The future of home health care: Workshop summary. 2015.
70. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care*. 1994 Jul;32(7):668–85.
71. Halling A, Fridh G, Ovhed I. Validating the Johns Hopkins ACG Case-Mix System of the elderly in Swedish primary health care. *BMC Public Health*. 2006 Dec 28;6(1):171.
72. Lemke KW, Weiner JP, Clark JM. Development and validation of a model for predicting inpatient hospitalization. *Medical care*. 2012 Feb;50(2):131–9.
73. Parsons M, Rouse P, Sajtos L, Harrison J, Parsons J, Gestro L. Developing and utilising a new funding model for home-care services in New Zealand. *Health & social care in the community*. 2018;26(3):345–55.
74. James ML, Fries BE, Ph D, Goodell M, Wellens N, Ph D. Design Principles for HCBS Case Mix : A Primer. 2015;(June).
75. van den Bulck AOE, Metzelthin SF, Elissen AMJ, Stadlander MC, Stam JE, Wallinga G, et al. Which client characteristics predict home-care needs? Results of a survey study among Dutch home-care nurses. *Health & Social Care in the Community* [Internet]. 2019 Jan 19;27(1):93–104. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12611>
76. Parsons M, Rouse P, Sajtos L, Harrison J, Parsons J, Gestro L. Developing and utilising a new funding model for home-care services in New Zealand. *Health & social care in the community*. 2018;26(3):345–55.

77. van den Bulck AOE, de Korte MH, Elissen AMJ, Metzelthin SF, Mikkers MC, Ruwaard D. A systematic review of case-mix models for home health care payment: Making sense of variation. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* [Internet]. 2020;124(2):121–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31928858>
78. Branch LG, Goldberg HB. A preliminary case-mix classification system for Medicare home health clients. *Medical care*. 1993 Apr;31(4):309–21.
79. Νόμος 3106/2003 - ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003 (Κωδικοποιημένος) - ΥΓΕΙΑ [Internet]. [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3106-2003.html>
80. Δευτερο Τ, Υγείας Ε, Κοινωνικής ΚΑΙ. Εφημερίς της κυβέρνησεως. 2007;
81. ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ 018 ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ - 02112018_0095143001541115720cf308b4b.pdf.
82. Not S. Εφημερίς της κυβέρνησεως. 2007;
83. Page 1/1 [Internet]. [cited 2021 Jun 7]. Available from: http://www.et.gr/ids-nph/pdfimageSummaryviewer.html?args=sppFfdN7IQP5_cc--m0e13bbFLpqz6j9R7i7HgY_NvO8rzSZFgk-Sb8yVJHdnvZkAYi3ORfmaodgeac6NTzgnkxcPQvNBMTy9T3IvMHxXpABIQE1JCW9FiNMrQQT-Ek_FKIm_8xYozGNp-7Qw-mRM1US1iL26rR0O8ysG88sCI5t9lqeDMMew..
84. Hellenic Republic. Law 4238: Primary National Health Network (PEDY), change of EOPYY's purpose and other provisions. *Government Gazette*. 2014;38:681–700.
85. Δημοκρατίας ΤΗΣΕ. Της κυβέρνησεως. 2020;
86. Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. 2019.
87. Ελληνική Κυβέρνηση. “Next Generation EU” Ελλάδα 2.0 EUROPEAN UNION [Internet]. [cited 2021 Jun 18]. Available from: <https://primeminister.gr/wp-content/uploads/2021/03/Greece-2.0-det-EL-31032021.pdf>
88. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013 Jun;45(6):1094–106.
89. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, de Lima L, Filbet M, et al. Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative medicine*. 2010 Dec;24(8):812–9.
90. Centeno C, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. Atlas of Palliative Care in Europe 2013. *European Association for Palliative Care*. 2013. 1–410.
91. Liaropoulos L, Siskou O, Kontodimopoulos N, Kaitelidou D, Lazarou P, Spinthouri M, et al. Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*file:///C:/Users/eliasp/Desktop/EAP 4 DE/meletiskopimotitas_teliko.pdf. 2016 Apr 13;7(1).
92. Elissen AMJ, Verhoeven GS, de Korte MH, van den Bulck AOE, Metzelthin SF, van der Weij LC, et al. Development of a casemix classification to predict costs of home care in the Netherlands: A study protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Feb 17 [cited 2021 Feb 10];10(2):35683. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>

93. Frick KD. Microcosting quantity data collection methods. *Medical care* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 9];47(7 Suppl 1):S76. Available from: [/pmc/articles/PMC2714580/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/194814580/)
94. Maurits E. Autonomy of nursing staff and the attractiveness of working in home care. 2019. 224.
95. PricewaterhouseCoopers. 5 april 2017. 2017.
96. Guo P, Dzingina M, Firth AM, Davies JM, Douiri A, O'Brien SM, et al. Development and validation of a casemix classification to predict costs of specialist palliative care provision across inpatient hospice, hospital and community settings in the UK: A study protocol. *BMJ Open*. 2018;8(3).
97. Models for paying providers of NHS services [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/funding/models-for-paying-providers-of-nhs-services>
98. Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models: Lessons for rehabilitation. Vol. 26, *Clinical Rehabilitation*. 2012. p. 195–208.
99. Visiting Nurse Service of Ithaca and Tompkins County | Home Health and Professional Nurse Services [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <http://www.vnsithaca.org/>
100. 4 Levels of Hospice Care For Your Patients | VITAS Healthcare [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.vitas.com/for-healthcare-professionals/making-the-rounds/2017/december/4-levels-of-hospice-care-for-your-patients-with-end-of-life-care-needs>
101. Live-in Care Bath - 24 Hour Care Services | Helping Hands [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.helpinghandshomecare.co.uk/our-locations/bath/>
102. Find and Compare Qualifications Frameworks | Europass [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: https://europa.eu/europass/en/compare-qualifications?field_location_selection_target_id%5B6069%5D=6069&field_location_selection_target_id%5B6078%5D=6078
103. Mathilda A, Elissen J, Verhoeven GS, Hortense De Korte M, Odilia A, Van Den Bulck E, et al. Development of a casemix classification to predict costs of home care in the Netherlands: a study protocol. *BMJ Open*. 2020;10:35683.
104. European qualifications framework (EQF) | Cedefop [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.cedefop.europa.eu/en/events-and-projects/projects/european-qualifications-framework-eqf>
105. Find and Compare Qualifications Frameworks | Europass [Internet]. [cited 2021 Mar 1]. Available from: https://europa.eu/europass/en/compare-qualifications?field_location_selection_target_id%5B6069%5D=6069&field_location_selection_target_id%5B6078%5D=6078
106. Database - Labour Market (incl. LFS) - Eurostat [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/labour-market/earnings/database>
107. Eurostat - Data Explorer Mean hourly earnings by occupation [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

108. Statistics | Eurostat Mean hourly earnings by economic activity and educational attainment (Human Health) [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES18_16__custom_892417/default/table?lang=en
109. Eurostat - Data Explorer Mean monthly gross earning by economic activity and profession [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
110. Eurostat - Data Explorer Mean annual earnings by occupation [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
111. Average annual wages, OECD.STAT [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=AV_AN_WAGE&lang=en#
112. Statistics | Eurostat Purchasing power parities (PPPs), price level indices and real expenditures [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/prc_ppp_ind/default/table?lang=en
113. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): A new tool. *Journal of Palliative Care*. 1996;12(1):5–11.
114. The Palliative Performance Scale [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <http://www.collaborativecurriculum.ca/en/modules/PPS/PPS-the-palliative-performance-scale-01.jsp>
115. Terminology [Internet]. [cited 2021 Jun 14]. Available from: <https://www.palliaged.com.au/tabid/4341/Default.aspx>
116. Glossary of Terms National Clinical Programme for Palliative Care, Clinical Strategy and Programmes Division [Internet]. [cited 2021 Jun 13]. Available from: www.hse.ie/palliativecareprogramme
117. of Health M. New Zealand Palliative Care Glossary [Internet]. [cited 2021 Jun 13]. Available from: www.health.govt.nz

ΕΝΟΤΗΤΑ 7: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

7.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	1. Άμεσος Κλινικός Χρόνος (ο χρόνος για αυτό καθυστερό το κλινικό έργο, π.χ. καθ'όσον επίσκεψη, φορείς κλπ. Είναι ουσιαστικά ο χρόνος που καταγράφεται στην TMS ως χρόνος επίσκεψης)	2. Έμμεσος Κλινικός Χρόνος (π.χ. ο χρόνος για μετακίνηση από και προς τον ασθενή, ο χρόνος καταγραφής στο TMS της συγκεκριμένης επίσκεψης, ο χρόνος για τηλέφωνα και συνεννοήσεις με την υπόλοιπη ομάδα φροντίδας σχετικά με τη συγκεκριμένη επίσκεψη-πριν και μετά από αυτή, ο σχεδιασμός της επίσκεψης, ο χρόνος για να βρείτε τα κατάλληλα ανάλυση ή μη ανάλυση που θα πάρετε μαζί σας, διευθέτηση άλλων ζητημάτων του ασθενούς κλπ)	3. Χρόνος για άλλες εργασίες σχετιζόμενες με το κλινικό έργο (π.χ. ο χρόνος για συσκέψεις, την εκπαίδευση, την εντός ωραρίου εκπαίδευση, τις συναντήσεις ομάδων φροντίδας κάθε Τρίτη, τον έλεγχο των διαθέσιμων αναλυσιμών υλικών κλπ)	4. Χρόνος που διαπνέεται σε άλλων τύπων έργου (π.χ. ο χρόνος για συμμετοχή με ομάδες και επιτροπές (π.χ. λοιμώσεων, άρριων και εκπαίδευσης, Λεμονάκια, Προϊσταμένων, Risk Management κλπ), για τη συμμετοχή σε κάποιο project ή ερευνητικό έργο (π.χ. στάθμιση IPOS, IAHPC), συμμετοχή ως εισηγητής στο σεμινάριο ή σε άλλες εκπαιδευτικές ευκαιρίες, ενταξίωση με την εκπαίδευση φοιτητών, αμάξια για πλύσιμο κλπ)	ΑΛΛΟ
ΠΕΜΠΤΗ 13/05/2021					
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 14/05/2021					
ΔΕΥΤΕΡΑ 17/05/2021					
ΤΡΙΤΗ 18/05/2021					
ΤΕΤΑΡΤΗ 19/05/2021					
ΠΕΜΠΤΗ 20/05/2021					
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 21/05/2021					
ΔΕΥΤΕΡΑ 24/05/2021					
ΤΡΙΤΗ 25/05/2021					
ΤΕΤΑΡΤΗ 26/05/2021					
ΠΕΜΠΤΗ 27/05/2021					

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ-ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητή/έ,

Στα πλαίσια εκπονήσεως της Διπλωματικής Εργασίας “Η Χρηματοδότη και αποζημίωση από

Δημόσιους Πόρους Υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Η Περίπτωση της Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»” στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο που έχει ως θέμα την κοστολόγηση υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας (ΑΦ) στην Ελλάδα, θα σας ήμουν ευγνώμων για την πολύ σημαντική τη συμμετοχή σας μέσω της συμπλήρωσης του συνημμένου ερωτηματολογίου, ώστε να συμπεριληφθεί η εξειδικευμένη γνώση σας.

Ο χρόνος που προσφέρουν για υπηρεσίες ΑΦ οι λειτουργοί υγείας μπορεί να διακριθεί στις εξής κατηγορίες:

1. Στον άμεσο κλινικό χρόνο: Είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ο λειτουργός υγείας προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ασθενή, δηλαδή καθόσον βρίσκεται μαζί με τον ασθενή (ουσιαστικά είναι ο χρόνος επίσκεψης που καταγράφεται στο TMS) ¹

2. Στον έμμεσο κλινικό χρόνο: Είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ο λειτουργός υγείας προσφέρει τις υπηρεσίες του για τον συγκεκριμένο ασθενή όταν δεν βρίσκεται μαζί του. Για παράδειγμα, εδώ ανήκει ο χρόνος για μετακίνηση από και προς τον ασθενή, ο χρόνος καταγραφής στο TMS της συγκεκριμένης επίσκεψης, ο χρόνος για τηλέφωνα και συνεννοήσεις με την υπόλοιπη ομάδα φροντίδας σχετικά με τη συγκεκριμένη επίσκεψη-πριν και μετά από αυτή, ο σχεδιασμός της

επίσκεψης, ο χρόνος για να βρείτε τα κατάλληλα αναλώσιμα ή μη αναλώσιμα που θα πάρετε μαζί σας, διευθέτηση άλλων ζητημάτων του ασθενούς κλπ

3. Στον χρόνο για άλλες εργασίες σχετιζόμενες με το κλινικό έργο συνολικά. Για παράδειγμα, εδώ ανήκει ο χρόνος για τις πρωινές συσκέψεις, την εποπτεία, την εντός ωραρίου εκπαίδευση, τις συναντήσεις ομάδων φροντίδας κάθε Τρίτη, τον έλεγχο των διαθέσιμων αναλωσίμων υλικών κλπ. **4. Στον χρόνο που δαπανάται σε άλλου τύπου έργο** όπως για διοικητικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο. Για παράδειγμα, εδώ ανήκει ο χρόνος για συμμετοχή με ομάδες και επιτροπές (π.χ. λοιμώξεων, έρευνας και εκπαίδευσης, λεμονάκια, Προϊσταμένων, Risk Management κλπ), για τη συμμετοχή σε κάποιο project ή ερευνητικό έργο (π.χ. στάθμιση IPOS, IAHPC), συμμετοχή ως εισηγητές στο σεμινάριο ή σε άλλες εκπαιδευτικές ευκαιρίες, ενασχόληση με την εκπαίδευση φοιτητών, αμάξια για πλύσιμο κλπ

Θα σας ήμουν, λοιπόν, ευγνώμων αν μπορούσατε να συμπληρώσετε με όση μεγαλύτερη ακρίβεια μπορείτε, το συνημμένο ερωτηματολόγιο ως εξής: Για δύο εβδομάδες καταγράφετε κάθε μέρα πόσο χρόνο καταναλώνετε σε καθεμία από τις προαναφερθείσες κατηγορίες.

Αν νομίζετε ότι υπάρχει και κάποια άλλη περίπτωση κατανάλωσης χρόνου που δεν υπάγεται στις προηγούμενες κατηγορίες, μπορείτε να την προσθέσετε στην τελευταία γραμμή (Άλλο).

Περισσότερες διευκρινίσεις είναι διαθέσιμες είτε από εμένα (#####46, #####@hotmail.com) είτε από την κα Μ.Ξ (εσωτ.13, #####69, #####@galilee.gr)

Σας ευχαριστώ θερμά για το χρόνο και τη συνεισφορά σας.

Με εκτίμηση

7.2 ΓΛΩΣΣΑΡΙ

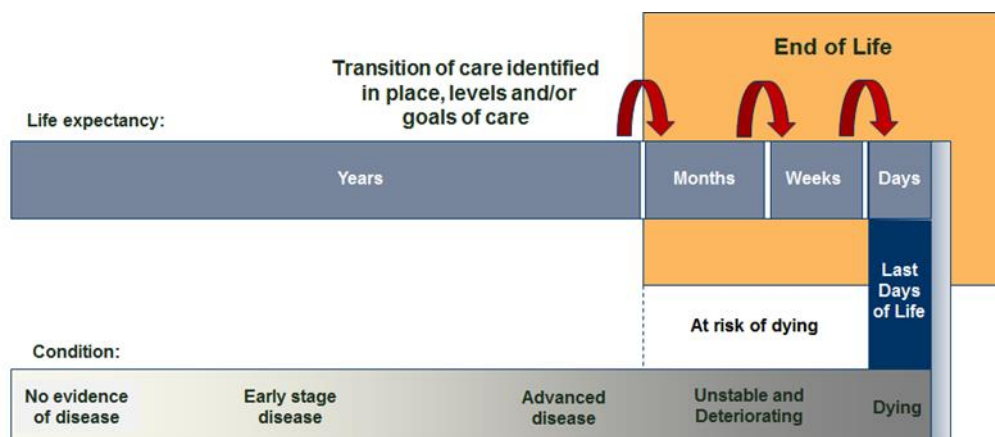
ΓΛΩΣΣΑΡΙ (115–117)

Ανακουφιστική Φροντίδα

Είναι η φροντίδα σε ανθρώπους όλων των ηλικιών η οποίοι πάσχουν από ασθένειες τελικού σταδίου ή ασθένειες απειλητικές για την ζωή. Στοχεύει στη διατήρηση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς και την υποστήριξη των αναγκών του φροντιστή και της οικογένειάς του, πριν και μετά την απώλεια του ασθενούς. Διακρίνεται ηλικιακά σε ανακουφιστική φροντίδα ενηλίκων και παιδών.

Ανακουφιστική Φροντίδα Γενική (Πρωτοβάθμια)

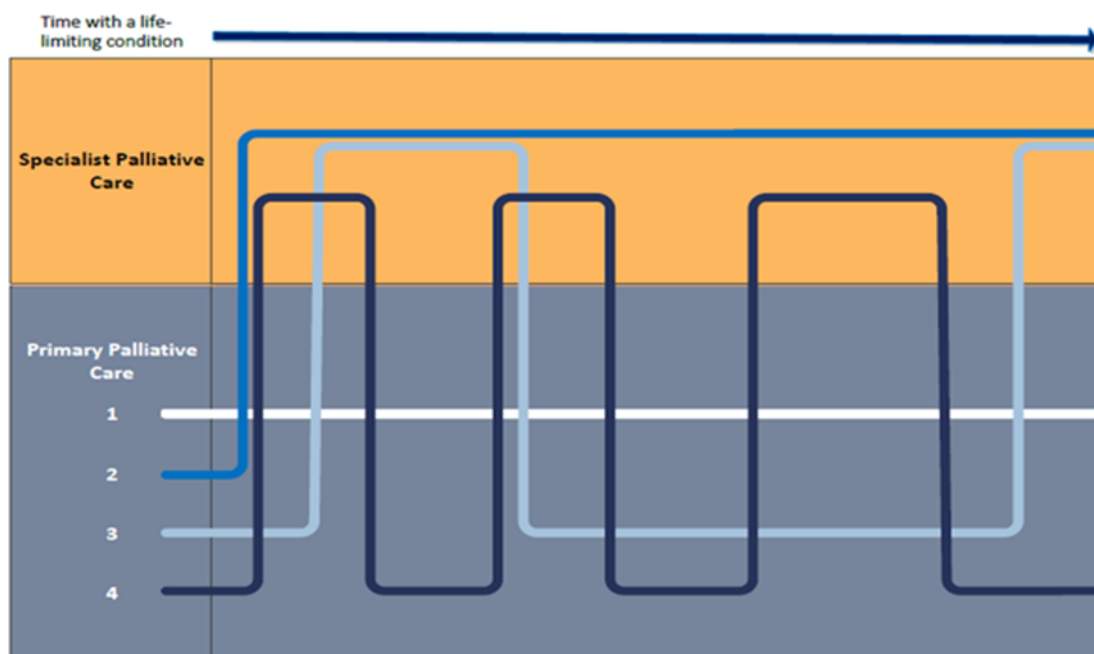
Το σύνολο των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχονται από λειτουργούς υγείας εκτός των λειτουργών υγείας που εντάσσονται σε ειδικές διεπιστημονικές ομάδες ανακουφιστικής φροντίδας. Μπορεί να παρέχονται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.



Σχέδιο 1. Τελικό στάδιο και τελευταίες ημέρες της ζωής

Ανακουφιστική Φροντίδα Ειδική

Παρέχεται από ειδική διεπιστημονική ομάδα λειτουργών Υγείας η οποία περιλαμβάνει συνήθως μεταξύ άλλων ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φροντιστές και πνευματικούς. Μαζί διαγιγνώσκουν και παρέχουν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδος στον ασθενή, τον φροντιστή και την οικογένειά του. Οι υπηρεσίες τους μπορεί να παρέχονται στην κοινότητα σέ ξενώνες και στο Νοσοκομείο.



Σχέδιο 2. Ασθενής συνέχεια σέ Γενική Ανακουφιστική φροντίδα.

2. Ο ασθενής χρειάζεται συνεχώς υπηρεσίες ειδικής ανακουφιστικής φροντίδας
3. Ασθενής πού μένει στην Γενική Ανακουφιστική Φροντίδα με σύντομα μεσοδιαστήματα ανάνηψης και σταθεροποίησης τα οποία παρέχονται σε περιβάλλον Ειδικής Ανακουφιστικής Φροντίδας.

4. Ασθενής που χρησιμοποιεί και Γενικές και Ειδικές Υπηρεσίες ανακουφιστικής Φροντίδας.

Απειλητική για την ζωή νόσος

Είναι νόσος που μπορεί να θεραπευτεί χωρίς όμως αυτό να είναι σίγουρο.

Ασθενής τελικού σταδίου

Είναι ο ασθενής ο οποίος βρίσκεται στην χρονική περίοδο πριν τον θάνατο. Η έκταση της χρονικής αυτής περιόδου δεν μπορεί να οριστεί με ακρίβεια.

Θάνατος

Η παύση όλων των ζωτικών λειτουργιών περιλαμβανομένης της καρδιακής, αναπνευστικής και εγκεφαλικής λειτουργίας συμπεριλαμβανομένης και της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.

Μικτή Κλινική Ταξινόμηση (Casemix classification)

Ορίζεται ως η πράξη της ταξινομήσεως ασθενών οι οποίοι δεν πάσχουν από την ίδια νόσο σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά DRG (Diagnosis Related Groups-Ταξινόμηση Σχετιζόμενη με την Διάγνωση) σε ομάδες ασθενών οι οποίοι καταναλώνουν παρόμοιους υγειονομικούς πόρους και επομένως απαιτούν παρόμοιες υγειονομικές δαπάνες. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να μην πάσχουν από την ίδια νόσο, όμως είναι επιθυμητό να έχουν παρόμοια κλινική εικόνα.

Ξενώνας φιλοξενίας:

Είναι μία φιλοσοφία φροντίδας και όχι απλώς ένα κτίριο. Προσφέρει μία εσωτερική συνολική υπηρεσία ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν τελική νόσο με στόχο την διατήρηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς και την σύντομη ξεκούραση των φροντιστών και της οικογένειας . Μπορεί όμως να προσφέρουν και υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας καθώς και ειδικές ομάδες για επισκέψεις στην κοινότητα.

Πένθος:

Είναι η περίοδος πένθους και θρήνου και περιλαμβάνει την συνολική αντίδραση στην απώλεια.

Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδος Άμεσες

Είναι οι υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται όταν ο λειτουργός υγείας βρίσκεται *μαζί* τον ασθενή συνήθως στο σπίτι του. Οι υπηρεσίες αυτές είναι συγκεκριμένες και συνήθως ορίζεται να περιλαμβάνουν νοσηλευτικές, προσωπικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες ΑΦ. Αυτές οι Άμεσες υπηρεσίες ΑΦ αναφέρονται συχνά στην βιβλιογραφία και ως “formal care”.

Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδος Ανεπίσημες (Informal care)

Ο χρόνος πού δαπανούν οι *φροντιστές μαζί* με τον ασθενή.(94)

Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδος Έμμεσες

Είναι οι υπηρεσίες ΑΦ οι οποίες παρέχονται *για* τον ασθενή αλλά εκτός της οικίας του ασθενούς. Διακρίνονται σέ:

- Σχετιζόμενες συγκεκριμένα με υπηρεσίες για τήν ΑΦ των ασθενών κατά την ημέρας της επίσκεψης σε αυτούς, όπως συνεργασία για τον ασθενή πριν και μετά την επίσκεψη, συναντήσεις, συνεργασίες, συμβουλευτική μεταξύ των λειτουργών υγείας κ με τους φροντιστές των ασθενών, εξυπηρέτηση κοινωνικών και ασφαλιστικών αναγκών.
- Σχετιζόμενες γενικά με υπηρεσίες για τήν ΑΦ όλων των ασθενών, όπως εσωτερική εργασία στην ΜΑΦ σχετικά με τούς ασθενείς, συμμετοχή σε συναντήσεις, ημερίδες, εκπαίδευση, έξοδα μετακινήσεως.

Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδος Επίσημες (Formal Care)

Ο χρόνος πού προσφέρουν οι *λειτουργοί υγείας* στον ασθενή ενόσω βρίσκονται *μαζί* με τον ασθενή στον τόπο διαμονής.(94)

Φροντιστές

Είναι αυτοί πού προσέχουν και ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών παρέχοντάς τους υπηρεσίες ΑΦ ενώ συνεργάζονται άμεσα και με τους Λειτουργούς Υγείας της ΑΦ.. Είναι μέλη ή φίλοι της οικογένειας ή ακόμη και εθελοντές . Στην βιβλιογραφία οι υπηρεσίες των φροντιστών αναφέρονται ως “informal care”.

Χρεώσιμος Χρόνος (Billable Hours)

Θεωρείται ο χρόνος πού δαπανάται από τους λειτουργούς υγείας της ΜΑΦ «ΓΑΛΙΛΑΙΑ», οι οποίοι υπηρετούν άμεσα τις ανάγκες των ασθενών, για όλες (άμεσες και έμμεσες) τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας πού παρέχουν.

Χρόνια Νόσος

Νοητική ή σωματική κατάσταση η οποία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συνολική ποιότητα ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της μη αναστρέψιμης αδυναμίας εκτέλεσης βασικών βιολογικών και κοινωνικών λειτουργιών. Οι σοβαρές χρόνιες παθήσεις μπορεί να είναι πολύ-οργανικές, σύνθετες και συνεχιζόμενες.

Χρόνος άμεσος.

Ο χρόνος πού δαπανούν οι Λειτουργοί Υγείας μαζί με τον ασθενή σέ Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας. Οι αντίστοιχες Υπηρεσίες ΑΦ ονομάζονται άμεσες

Χρόνος έμμεσος.

Ο χρόνος πού δαπανούν οι Λειτουργοί Υγείας για τον ασθενή, αλλά χωρίς να βρίσκονται μαζί με τον ασθενή, σέ Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας. Οι αντίστοιχες Υπηρεσίες ΑΦ ονομάζονται έμμεσες

«Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/ δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης».