



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ
ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ Η.Π.Α.**

ΜΟΥΣΤΑΚΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

M.Sc. in Health Economics and Management

**EMPIRICAL INVESTIGATION OF HOSPITAL
EXPENDITURES FOR THE MACROECONOMIC
ENVIRONMENT OF USA**

MOUSTAKIDIS NIKOLAOS

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the
University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the
degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένειά μου και τον κ. Χρήστο Αγιακλόγλου, Καθηγητή του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιώς και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την αμέριστη βοήθειά του σε όλο το διάστημα της συγγραφής της. Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Καρκαλάκο Σωτήρη, τον κ. Χαράλαμπο Αγκυρόπουλο και τον κ. Εμμανουήλ Δεληγιαννάκη, για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της Υγείας, αποτελεί έναν από τους πιο ευαίσθητους αλλά και πολύπλοκους τομείς για την οικονομική ζωή μίας χώρας. Το υψηλό και ποιοτικό επίπεδο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, δείχνει στοιχεία ευημερίας και ανάπτυξης, αλλά παράλληλα απαιτεί την υψηλή κατανάλωση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγείας, που διαθέτει μια χώρα. Η προσπάθεια για διαφύλαξη της καθολικότητας στην ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών και των ασθενών στα νοσοκομεία για χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τομέα πρόκλησης για την εξαγωγή πληροφοριών, τόσο για τους ερευνητές όσο και για το υπουργείο υγείας μιας χώρας, ετσι ώστε να μπορέσουν να καταλήξουν στο άριστο σημείο, δηλαδή της μέγιστης αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, της μείωσης του κόστους και της αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σε ένα σύστημα υγείας, η παραγωγικότητα και οι δαπάνες υγείας σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους και η σχέση αυτή είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη με διάφορες έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ οι χώρες που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση, προστατεύουν και προάγουν τον τομέα της υγείας, για την προστασία των πολιτών. Προκειμένου να υπάρχει σωστή και αποτελεσματική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και περίθαλψη, των υγειονομικών αναγκών των πολιτών μίας χώρας, απαιτείται η παρουσίαση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών, με τη χρήση των κατάλληλων εισροών και των διαθέσιμων πόρων και με τη σωστή χάραξη των διαδικασιών που πρέπει να ακολουθούνται.

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσπάθεια να διερευνηθεί η συμπεριφορά των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας των Η.Π.Α. σε σχέση με μερικών βασικών μακροοικονομικών μεταβλητών. Από την εμπειρική ανάλυση προκύπτει πως το Α.Ε.Π., το προσδόκιμο ζωής και ο δείκτης τιμής καταναλωτή είναι στατιστικά σημαντικές, δηλαδή επηρεάζουν τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες.

Abstract

The health-care sector is one of the most sensitive but complex areas of a country's economic activity. A prominent level of public and private health - care demonstrates prosperity and growth but also requires a high consumption of available health - care resources in a country. The effort to preserve the universality of free access of citizens and patients to hospitals for the use of health services is a field of challenge for both researchers and state officers so it could result to an equilibrium point, i.e. the maximum efficiency of health systems, the reduction of costs and the increase in the quality of health services provided.

In a health - care system, productivity and health - care costs are directly related to each other and countries in a good economic condition protect and promote the health - care sector to protect citizens. This relationship is observed by several studies carried out by the World Health Organization. To have proper and effective medical coverage for the health needs of the citizens, it is necessary to present an integrated health system that meets the needs of patients, using the appropriate inputs and available resources.

The purpose of this diploma thesis is to investigate the relationship of total US health - care expenditures with some key macroeconomic variables. The empirical analysis shows that GDP, life expectancy and consumer price index are statistically significant, so they affect the total health - care expenditures.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1
1.1: Εισαγωγή	1
1.2: Οι δαπάνες υγείας και τα συστατικά τους	6
1.3: Οι αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας	10
1.4: Παράγοντες μέτρησης αποδοτικότητας ενός συστήματος	13
1.5: Ανακεφαλαίωση	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1: Εισαγωγή	20
2.2: Μέτρηση νοσοκομειακών δραστηριοτήτων	21
2.3: Έλεγχος ιατρικού προσωπικού	27
2.4: Πηγές χρηματοδότησεις συστημάτων υγείας	29
2.5: Ανακεφαλαίωση	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.	34
3.1: Εισαγωγή	34
3.2: Συγκριτική μελέτη δαπανών υγείας στις Η.Π.Α.	37
3.3: Διαχωρισμός των νοσοκομειακών μονάδων υγείας	40
3.4: Ανάλυση των συστημάτων υγείας	43

3.5: Ο δείκτης των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας και η πυραμίδα της απόδειξης	48
3.6: Ανακεφαλαίωση	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.	54
4.1: Εισαγωγή	54
4.2: Παρουσίαση των δεδομένων	54
4.3: Ανάλυση των δεδομένων	56
4.4: Συμπεράσματα	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούσαν πάντα από την δημιουργία των πρώτων αναπτυγμένων συστημάτων σε ολόκληρο τον κόσμο, ένα θέμα συζήτησης πολιτικών και οικονομικών αντιπαραθέσεων με σκοπό τη διαμώρφωση πολιτικών επιδιώξεων. Για το λόγο αυτό οι κυβερνητικοί εκπρόσωποι μιας χώρας, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι και υπεύθυνοι να μελετήσουν και να εκτελέσουν τις συγκεκριμένες δαπάνες υγείας, πολύ συχνά δημιουργούσαν οικονομικά προβλήματα στη χώρα τους από τη συνεχόμενη αυξανόμενη χρηματοδότηση των Δαπανών Υγείας. Επιπρόσθετα, οι Δαπάνες Υγείας αυξάνονταν και από την συνεχή αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών παροχής υγείας, κάτι που προερχόταν κυρίως και από την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι λόγω της ραγδαίας αύξησης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της εφαρμογής της σύγχρονης τεχνολογίας, η έκρηξη των δαπανών υγείας και ο περιορισμός των διαθέσιμων πόρων που απορροφά ο τομέας της υγείας σε συνδυασμό με την μικρή αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, οδήγησαν στην ανάπτυξη και στη μελέτη ενός νέου κλάδου, της οικονομικής της υγείας.

Με το ξεκίνημα του 20ου αιώνα, στις ανεπτυγμένες χώρες και κυρίως στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (όπως π.χ. η Ελλάδα, η Γερμανία, η Ολλανδία, οι Η.Π.Α., η Αγγλία κ.α.), υπήρχε ένας μεγάλος και αρκετά ικανοποιητικός αριθμός δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων υγείας, ενώ στις αρχές του 1980 στις Η.Π.Α., είχε αρχίσει να αναπτύσσεται ένα εξειδικευμένο σύστημα υγείας με αρκετά μεγάλο όγκο νοσοκομειακών μονάδων υγείας, τα οποία εξυπηρετούσαν τις ανάγκες των πολιτών. Σήμερα, οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. διαθέτουν από τα πιο σύγχρονα νοσοκομεία σε ολόκληρο τον κόσμο, τα οποία ακολουθούν και εφαρμόζουν εξειδικευμένα πρότυπα συστημάτων υγείας, με χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας στον ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν.

Στη σημερινή εποχή, λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει, ένας μεγάλος αριθμός των πολιτών, όταν αναφέρονται στον τομέα της υγείας για την παροχή των υπηρεσιών, αντιμετωπίζουν ένα αρνητικό φαινόμενο κατά το οποίο οι ασθενείς χρειάζονται άμεση φαρμακευτική και ιατρική φροντίδα υγείας, ενώ ένα υψηλό ποσοστό από τους πολίτες, δεν έχουν

στη διάθεση τους, την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που επιβάλλεται. Επομένως, είναι δύσκολο και πολύπλοκο να καθοριστεί ακριβώς ο τομέας της υγείας και τα αντίστοιχα συστήματα από τι αποτελούνται, ποιοι είναι υπεύθυνοι και αρμόδιοι για την σωστή λειτουργία τους. Ένας σωστός ορισμός των συστημάτων υγείας, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες κατά τις οποίες ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή και η επαναφορά της καλής υγείας όλων των πολιτών μίας χώρας.

Οι πολίτες σήμερα στρέφονται προς τα συστήματα υγείας, προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για τη θεραπεία μιας ασθένειας αλλά και για να ζητήσουν συμβουλές για την πρόληψη κάποιων παθήσεων. Συνήθως, έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς, όπου εξετάζονται και παρακολουθούνται από τους πάροχους υγείας και το ιατρικό δυναμικό περίπου δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας, ευθύνονται βασικά για την άμεση βελτίωση της υγείας των πολιτών αλλά και για την προστασία τους, έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η επίσκεψη τους και έχουν τέσσερις κατά κανόνα βασικές επιδιώξεις:

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού
- Να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία για τις δαπάνες υγείας
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν αρκετά πολύπλοκες διαδικασίες, ώστε να μπορέσουν να μελετηθούν και να αξιολογηθούν. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας, απαιτεί συγκεκριμένες επιστημονικές πρακτικές, για να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες των πολιτών. Επομένως, υπάρχουν αρκετές και σημαντικές διαφορές στην στρατηγική και στα δεδομένα που θα εφαρμοστούν για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, όμως υπάρχουν κοινά σημεία και μια κοινή πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί για τον σωστό σχεδιασμό. Ένα κοινό σημείο το οποίο ενώνει και βοηθά τους σχεδιαστές των συστημάτων υγείας, αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει η επιθυμία, τα συγκεκριμένα συστήματα να έχουν μια ανθρώπινη προσέγγιση κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και να ακολουθούν το πρότυπο, για ελαχιστοποίηση του κόστους και των δαπανών υγείας, με τη μέγιστη αποδοτικότητα για τους ασθενείς.

Τον τελευταίο καιρό, λόγω της οικονομικής κρίσης, υπάρχει η ανάγκη για άμεση αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, με σκοπό την

βελτίωση των συνθηκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των ασθενών. Οι αλλαγές αυτές, είναι απαραίτητο να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών μίας χώρας και να αντικατοπτρίζουν την πρόοδο και την βελτίωση που επιτυγχάνεται στον τομέα της ιατρικής και της φαρμακευτικής, λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας και ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η ανάγκη για συγκράτηση των δαπανών για την υγεία, σε χαμηλά επίπεδα. Παράλληλα, δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί πλήρως οι μέθοδοι και τα εργαλεία εκείνα που θα βοηθήσουν τους υπεύθυνους για τον σχεδιασμό των συστημάτων υγείας, να ξεχωρίζουν ανάλογα με την επιλογή του αποδοτικότερου αποτελέσματος ή με την επιλογή της καλύτερης λύσης για αναδιοργάνωση και επανεξέταση των συστημάτων. Για το λόγο αυτό, υπάρχει η ανάγκη για περισσότερη και βελτιωμένη πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα της επιλογής μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων των συστημάτων υγείας, ώστε να λαμβάνονται πιο σωστές αποφάσεις για τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των συστημάτων. Σημειώνεται, ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία που βοηθάει στη σωστή αναδιοργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας, αλλά υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές και μέθοδοι που αν εφαρμοστούν, θα βοηθήσουν στην μέγιστη βελτίωσή του σχεδιασμού των συστημάτων υγείας.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών και ειδικά των Η.Π.Α. δέχονται και πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις από πιέσεις και μετατροπές. Η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, λόγω των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η εφαρμογή της σε ιατρικό και φαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα συστήματα υγείας, ο περιορισμός και η εξάντληση των διαθέσιμων πόρων, οι συνεχείς απαιτήσεις των ασθενών για την παροχή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνεχής αύξηση των χρόνιων νοσημάτων αποτελούν κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία οφείλονται για την μεγέθυνση και την αύξηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα όμως, επιδιώκονται ριζικές αλλαγές που πραγματοποιούνται μέσα στα συστήματα υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, γίνεται μια προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας των διαθέσιμων πόρων και η καλύτερη κατανομή τους, η μείωση του κόστους με την μέγιστη αποδοτικότητα και ο αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, είναι βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία βοηθούν στην μείωση των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας. Τα αναπτυσσόμενα κράτη, όπως για παράδειγμα είναι οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και ιδιαίτερα οι Η.Π.Α., επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν και να περιορίσουν τα προβλήματα που οφείλονται για την αύξηση των συνολικών

νοσοκομειακών δαπανών υγείας, λαμβάνοντας υπόψην πάντα τη σημασία που έχει ο τομέας της υγείας προς τους πολίτες, με τη διαφύλαξη της μέγιστης αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς.

Ένα σύστημα υγείας, μπορεί να εξεταστεί ως μακροοικονομική μονάδα, δηλαδή ως ένα σύστημα μιας χώρας, που περιέχει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, καθώς επίσης και ως μικροοικονομική μονάδα, δηλαδή ως μια μονάδα παραγωγής παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, όπως για παράδειγμα είναι η δράση μίας νοσοκομειακής μονάδας υγείας. Επομένως, είτε πρόκειται για μακροοικονομική είτε για μικροοικονομική μονάδα, καταλυτικό ρόλο για τα συστήματα υγείας, κατέχουν οι έννοιες της μέγιστης αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της μείωσης του συνολικού κόστους και των συνολικών δαπανών υγείας και της καθολικότητας στην πρόσβαση των ασθενών στα συστήματα υγείας και των μονάδων παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών.

Ο ορισμός της μέγιστης αποδοτικότητας διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον γνωστό οικονομολόγο Pareto, ο οποίος υποστήριξε ότι η κατανομή των διαθέσιμων πόρων είναι άριστη και σωστή, μόνο στην περίπτωση όπου είναι δυνατόν να αλλάξουμε την κατανομή τους, χωρίς όμως να βελτιωθεί ή να χειροτερεύσει η θέση κάποιου άλλου ατόμου που ανήκει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Στον τομέα της υγείας, θεωρείται ότι η οικονομική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται μόνο όταν οι διαθέσιμοι πόροι κατανέμονται μεταξύ των δραστηριοτήτων με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται το όφελος για τους ασθενείς.

Μάλιστα, υπάρχουν δύο επίπεδα μέγιστης αποδοτικότητας, η λειτουργική και η κατανομητική αποδοτικότητα. Η λειτουργική αποδοτικότητα, αναφέρεται στην επιλογή μεταξύ διαφορετικών μέσων, για την επίτευξη του ίδιου ακριβώς αποτελέσματος και θεωρείται από τους καλύτερους τρόπους για αριστοποίηση και μεγιστοποίηση του αποτελέσματος, λαμβάνοντας υπόψην πάντα το επίπεδο των διαθέσιμων πόρων και της ελαχιστοποίησης των συνολικών δαπανών υγείας, για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος. Η κατανομητική αποδοτικότητα, αναφέρεται στην διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου συστήματος αξιών, που υποδεικνύει τον τρόπο ιεράρχησης των υγειονομικών αναγκών και υπηρεσιών υγείας, για ένα νοσοκομειακό σύστημα.

Θεωρώντας ότι έχει αναλυθεί η έννοια της αποδοτικότητας, είτε πρόκειται για μια μικροοικονομική είτε για μακροοικονομική μονάδα

παροχής υπηρεσιών υγείας, στη συνέχεια αναλύεται το ζήτημα που αφορά τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, αφού παίζουν σημαντικό ρόλο, στην ορθολογική και αντικειμενική κατανομή των διαθέσιμων πόρων που διαθέτει ένα σύστημα και στην αποδοτικότητα των συστημάτων και μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ένα σημαντικό μέρος που αφορά την οικονομική ζωή και ανάπτυξη μιας χώρας, επηρεάζεται άμεσα από επαγγέλματα που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, συνεπώς μια μείωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες για την υγεία, οδηγεί σε οικονομική ύφεση την οικονομία της συγκεκριμένης χώρας που μελατάμε. Ακόμη, ένας παράγοντας που επηρεάζει τον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα τα συστήματα, είναι το μέγεθος των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, που συνήθως καθορίζονται από το ίδιο το κράτος. Για παράδειγμα, αν υπάρχουν υψηλά ποσοστά συμμετοχής των ασθενών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, είτε είναι φαρμακευτική είτε νοσοκομειακή, έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ζήτησης για άσκοπες και μη χρήσιμες παροχές υπηρεσιών υγείας, όμως το γεγονός αυτό οδηγεί και σε υποβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών, εξαιτίας της αδυναμίας τους ώστε να ανταπεξέλθουν στο υψηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους.

Αν αυτή η υποβάθμιση του επιπέδου της υγείας των πολιτών, λόγω του υψηλού ποσοστού συμμετοχής για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συνδυαστεί με ταυτόχρονη υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της ελλειπούς χρηματοδότησης, τότε δημιουργείτε ένα τεράστιο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., οι δημόσιες δαπάνες υγείας μειώνονται, ενώ αντίθετα οι ιδιωτικές δαπάνες αυξάνονται. Ωστόσο από τα δεδομένα που υπάρχουν, δεν προκύπτει κάποιο ασφαλές συμπέρασμα σχετικά με το αν αυτές οι αλλαγές στα ποσοστά συμμετοχής του δημοσίου και ιδιωτικού φορέα, οφείλονται σε αλλαγές πολιτικών υγείας αφού ο συγκεκριμένος τομέας, είναι αρκετά πολύπλοκος και πρέπει να εξεταστούν όλοι οι παράγοντες προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποδοτικότητα και το όφελος για τον πληθυσμό.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν οι έννοιες των Συνολικών Δαπανών Υγείας, καθώς επίσης και τα συστήματα Υγείας μαζί με τα συστατικά τους. Θα παρουσιαστούν οι αιτίες αύξησης των Δαπανών Υγείας και οι παράγοντες μέτρησης της αποδοτικότητας των συστημάτων αυτών.

1.2 Οι Δαπάνες Υγείας και τα Συστατικά τους

Η διεθνής βιβλιογραφία, είναι γεμάτη από αναλύσεις σχετικές με ζητήματα που αφορούν τις δαπάνες υγείας σε όλες τις μορφές τους. Οι περισσότεροι αναλυτές προσπαθούν, εκμεταλλευόμενοι στατιστικά στοιχεία από διεθνείς οργανισμούς ή από πρωτογενείς έρευνες, να συσχετίσουν τα οφέλη που αποκομίζει η κοινωνία ως σύνολο, από την ανάπτυξη και την χρήση των συστημάτων υγείας με τις δαπάνες που απαιτούνται για τη χρηματοδότησή των συστημάτων αυτών.

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με κύριο σκοπό τη βελτίωση ή την πρόληψη ασθένειας της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας καθώς επίσης αφορά και δραστηριότητες που πραγματοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί ή να διατηρηθεί σε κανονικά επίπεδα η υγεία ενός ατόμου ή πληθυσμού.

Οι δαπάνες υγείας μπορούν, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- Ιατρικές Δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών και έξοδα για διάφορες θεραπείες.
- Νοσοκομειακές Δαπάνες, που αφορούν τα έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων.
- Φαρμακευτικές Δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά σκευάσματα.

Μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας μελετά τις δαπάνες υγείας ενιαία ως σύνολο και τις συγκρίνει με το εισόδημα (Α.Ε.Π.) της χώρας. Αντιμετωπίζοντας τις δαπάνες υγείας ως ενιαίες, δεν προκύπτουν ασφαλή συμπεράσματα αναλύοντας μόνο τις δαπάνες υγείας, ως ποσοστά οικονομικών μεγεθών. Ο τομέας αυτός, εμφανίζει μεγάλες ιδιαιτερότητες στον οικονομικό χειρισμό της χρηματοδότησης του. Τα αποτελέσματα μίας ελλειπούς χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, επηρεάζουν και άλλους τομείς της δημόσιας οικονομικής ζωής μιας χώρας όπου μία τέτοια επιλογή μπορεί σε βάθος χρόνου, να οδηγήσει στα ακριβώς αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συνεπώς, η αναλυτική προσέγγιση των δαπανών υγείας, διαχωρίζοντας τα επιμέρους στοιχεία και μελετώντας το καθένα ξεχωριστά, θεωρείται πιο αξιόπιστη για την μέτρηση της μέγιστης ωφέλειας μιας αλλαγής στο χρηματοδοτικό πλαίσιο.

Ορισμένοι επιστήμονες, μελέτησαν τις δαπάνες σε ένα σύστημα υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε τις διαχώρισαν σύμφωνα με τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας και όχι με την πηγή χρηματοδότησης τους, όπως είχαν κάνει αναλυτές σε προγενέστερες μελέτες. Βασίστηκαν στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένες υποκατηγορίες των δαπανών αυτών, συμπεριφέρονται διαφορετικά η κάθε μια σε σχέση με τις ενιαίες δαπάνες υγείας, όπως για παράδειγμα οι οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν συνήθως ιδιωτικές δαπάνες υγείας, είτε απευθείας από τους ασθενείς είτε μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών ταμείων. Συνεπώς, οι οδοντιατρικές δαπάνες αναμένεται να συμπεριφέρονται διαφορετικά συγκριτικά με τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας, οι οποίες υφίστανται κάποια μορφή κρατικής χρηματοδότησης.

Επιπλέον, κάθε κράτος κατευθύνει με διαφορετικά κίνητρα τη χρηματοδότηση των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ των δαπανών και του εισοδήματος. Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί το ποσοστό κάλυψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπου υπάρχει η δυνατότητα να αλλάξει, ανάλογα με τις πολιτικές υγείας που εφαρμόζει η κάθε κυβέρνηση. Ταυτόχρονα όμως επηρεάζεται και το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών έναντι των δημοσίων, επομένως πρέπει να υπάρχει διαχωρισμός των δαπανών στα συστήματα υγείας, σύμφωνα με τον πάροχο των υπηρεσιών και όχι με βάση την πηγή χρηματοδότησής τους.

Σε αυτά τα συμπεράσματα κατέληξαν οι επιστήμονες, όπου μελέτησαν αντίστοιχα παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες σε ένα σύστημα υγείας, σε 48 πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Έτσι λοιπόν, μελετώντας τη συμπεριφορά συγκεκριμένων μεταβλητών για ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων χρόνων (2004 - 2008), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το εισόδημα, η αστικοποίηση, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών και η γήρανση του πληθυσμού, επηρεάζουν σημαντικά το ύψος των νοσοκομειακών δαπανών υγείας στη χώρα.

Αρκετοί αναλυτές, προσπαθούν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με τις δαπάνες στα συστήματα υγείας, συγκρίνοντας τους δείκτες που μετρούν την καλή υγεία του πληθυσμο, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα της παιδικής θνησιμότητας, το προσδόκιμο όριο ζωής και το ποσοστό χρονίως πασχόντων ασθενών, με τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. μιας χώρας ή την κατά κεφαλήν ετήσια δαπάνη υγείας. Ορισμένοι μάλιστα από τους αναλυτές, συμπεριλαμβάνουν στις μελέτες τους και ποιοτικούς δείκτες της υγείας, όπως για παράδειγμα, τα κοινωνικά, τα οικονομικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του

πληθυσμού, το φυσικό περιβάλλον και στοιχεία που αφορούν τη διατροφή και τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Σημαντικοί οικονομολόγοι στον τομέα της υγείας, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας, με τα οφέλη για την υγεία και επιπλέον συμπεριέλαβαν τους ποιοτικούς δείκτες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Κάποιοι άλλοι, δίνουν μία διαφορετική διάσταση του θέματος προσπαθώντας να υποδείξουν ένα απλό πλαίσιο σύγκρισης των δεδομένων που αφορούν στις δαπάνες υγείας ενός συστήματος. Στη μελέτη τους, θέτουν υπό ανάλυση τα πραγματικά στοιχεία του συστήματος παροχής υγείας, όπως για παράδειγμα είναι οι ανθρώπινοι πόροι, τα φάρμακα και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, ενώ τα διαχωρίζουν από τα οικονομικά μεγέθη, δηλαδή τις δαπάνες. Οι προηγούμενες μελέτες, αντιμετώπιζαν τις δαπάνες υγείας ως ενιαίες, δηλαδή συγκεντρωτικά σαν έναν αριθμό. Τα πραγματικά στοιχεία αναλύονται περαιτέρω, σε αυτά που καθορίζονται από την εσωτερική αγορά και σε αυτά που καθορίζονται από την παγκόσμια αγορά.

Συμπεριέλαβαν τους πραγματικούς πόρους των συστημάτων υγείας, εκφρασμένους σε χρηματικές μονάδες μέσω των εγχώριων ή διεθνών τιμών, με στόχο την καλύτερη κατανόηση των διαφορών που δημιουργούνται, όσον αφορά τα επίπεδα των δαπανών υγείας. Προσπάθησαν δηλαδή, να εξηγήσουν πως όταν μια χώρα έχει υψηλότερες δαπάνες υγείας σε σχέση με κάποια άλλη, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχει καλύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Επομένως, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σύγκριση που βασίζεται σε μετρήσεις τόσο των πραγματικών διαθέσιμων πόρων των συστημάτων, όσο και στις δαπάνες υγείας, είναι πιο αποτελεσματική, σε σχέση με τη μελέτη μόνο των δαπανών υγείας σε απόλυτα οικονομικούς όρους.

Για την διευκόλυνση των μετρήσεων, λαμβάνονται κυρίως υπόψη ως ενιαίες δαπάνες, εκφρασμένες σε ποσοστό του Α.Ε.Π. ή ως κατά κεφαλήν ετήσιες δαπάνες υγείας, ώστε να μπορούν να συγκριθούν με μεγαλύτερη ευκολία με άλλους οικονομικούς δείκτες. Όπως για παράδειγμα, η μελέτη της επίδρασης των κρατικών δαπανών σε σχέση με την ανάπτυξη των ήδη αναπτυσσόμενων χωρών, όπου σύμφωνα με τα δεδομένα από την Παγκόσμια Τράπεζα, η ανάπτυξη του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π., εξαρτάται σημαντικά από τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας και τις δαπάνες για την παιδεία. Όσο οι αναπτυσσόμενες χώρες των οποίων οι κυβερνήσεις συνεχίζουν να αυξάνουν τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία και την παιδεία, αναμένεται να αναπτυχθούν γρηγορότερα, όπως και η άυξηση των δαπανών της υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π., επηρεάζει την ανάπτυξη μιας χώρας. Επίσης, μακροπρόθεσμα υπάρχει

αμοιβαία σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με τις επενδύσεις στην υγεία και την παιδεία, ωστόσο βραχυπρόθεσμα δεν μπορεί να υποστηριχθεί κάτι παρόμοιο.

Ένας ακόμη διαχωρισμός των δαπανών υγείας σε ένα σύστημα, που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την ερευνητική κοινότητα εξαιτίας της άμεσης μετακίνησης του κόστους απευθείας στους πολίτες, είναι μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν τις «out of pocket» πληρωμές για την αγορά υπηρεσιών υγείας, δηλαδή την άμεση χρέωση της υπηρεσίας στον ασθενή. Το θέμα αυτό απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές όσο και τους υπεύθυνους για την εφαρμογή της πολιτικής για τα συστήματα υγείας, εξαιτίας του οικονομικού βάρους που επιφέρει η άυξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά. Τίθεται το ερώτημα, μέχρι τι ύψος του εισοδήματός του είναι διατεθειμένος ο κάθε πολίτης να δαπανήσει, ώστε να αγοράσει μία υπηρεσία υγείας, όπου οι αναλυτές μελέτησαν ακριβώς τη σχέση μεταξύ της δημόσιας και της ιδιωτικής κατανάλωσης και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι υπάρχει μακροχρόνια σχέση μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων καταναλώσεων υπηρεσιών υγείας και μάλιστα μια μείωση στη δημόσια κατανάλωση υπηρεσιών, οδηγεί σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Αν και το συγκεκριμένο παράδειγμα, εξηγεί με μεγάλη σαφήνεια την καταναλωτική συμπεριφορά των πολιτών που αγοράζουν μια υπηρεσία υγείας, ο τομέας της υγείας έχει αρκετές ιδιαιτερότητες. Οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, έχουν ένα συγκεκριμένο στάνταρ όσον αφορά στην ικανοποίηση των αναγκών τους, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ικανότητά που διαθέτουν για την αγορά των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η υιοθέτηση μιας πολιτικής που αναδιανέμει τα ποσοστά μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας υπέρ του κράτους επιβαρύνοντας τα νοικοκυριά, αποτελεί η συνεχής υποβάθμιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, εξαιτίας της διατάραξης της καθολικότητας στην πρόσβαση που δημιουργείτε. Οι οικονομικά ασθενέστεροι, θα προτιμήσουν να υποβαθμίσουν την κατάσταση της υγείας τους, με άμεσο αντίκτυπο στο γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Καθίσταται αναγκαία, μια οικονομικά ισορροπημένη εφαρμογή πολιτικής για τα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Το γεγονός που κάνει αρκετά περίπλοκο τον τομέα της υγείας, αποτελεί το συνολικό κόστος και η σύνθεση των δαπανών υγείας, τα οποία παραμένουν άγνωστα ακόμα και σήμερα. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν

υπάρχουν επαρκή στοιχεία μέτρησης της ιδιωτικής κατανάλωσης υπηρεσιών και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα αυξάνεται, καθώς δεν υπάρχει διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης, αφού υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας και στα νοσοκομεία κατά την διάρκεια της ζωής του, ενώ παράλληλα απαιτείται η ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

1.3 Αιτίες Αύξησης των Δαπανών Υγείας

Σαν κύριως και βασικός παράγοντας που οφείλεται για την αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών και των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος. Είναι φανερό ότι η αύξηση αυτή, συμβάλλει καταλυτικά στην αναβάθμιση και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας των πολιτών. Τα πρώτα χρόνια, τα συστήματα υγείας ταυτίστηκαν με τα συστήματα της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, όμως από το 1946 και ύστερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστήριξε ότι η υγεία αποτελεί μια κατάσταση ηθικής και κοινωνικής ευεξίας. Επομένως, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού, αναφέρετε στην ανάγκη για πρόληψη, στην ανάγκη πρόωμης διάγνωσης μίας ασθένειας, στην ανάγκη για περίθαλψη, στην ανάγκη για αποκατάσταση και στην ανάγκη για αναπλήρωση του διαθέσιμου εισοδήματος. Ο βασικός στόχος και σκοπός ενός συστήματος υγείας, είναι να ικανοποιούνται αποτελεσματικά οι παραπάνω ανάγκες και να διασφαλίζεται η ασφαλή κάλυψή τους.

Δεδομένου ότι οι πολίτες αποτελούν τους βασικούς καταναλωτές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χρηματοδοτώντας τα συστήματα υγείας της χώρας μέσω της φορολογίας και μέσω της συμμετοχής τους στο κόστος για χρήση των υπηρεσιώντων, είναι προφανές ότι η μετακύλιση του συνολικού κόστους των υπηρεσιών υγείας, γίνεται προς τους πολίτες. Το ύψος των συγκεκριμένων εισφορών, καθορίζεται ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση και το διαθέσιμο εισόδημα του κάθε πολίτη, ο οποίος είναι ο βασικός αγοραστής των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένας παράγοντας που επηρεάζει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, σχετίζεται με τον καταναλωτισμό, ως ανάγκη βελτιστοποίησης του επιπέδου της ποιότητας υγείας, ενώ η ανάγκη των πολιτών για

κατανάλωση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει στην αύξηση των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας.

Ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται με την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, είναι ο τρόπος ζωής των πολιτών που ανήκουν σε ένα σύστημα υγείας. Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, είναι αίτια που έχουν αυξήσει τις χρόνιες ασθένειες που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας στα νοσοκομεία, όμως με την εισαγωγή της τεχνολογίας στην εξέλιξη και στην πρόοδο του τομέα της υγείας, υπάρχει σημαντική αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής των ασθενών. Όμως, οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί, λόγω της ραγδαίας αύξησης της τεχνολογίας που έχει εισβάλλει στο χώρο της υγείας, οδηγούν και στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, αφού οι ασθενείς καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες των διαθέσιμων πόρων για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους.

Ένας επιπλέον παράγοντας, όπου θεωρείται πως σχετίζεται με την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, είναι η κοινωνική ασφάλιση. Είναι γνωστό ότι στην σημερινή εποχή, οι πολίτες που είναι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας όπως και οι επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ιδιαίτερα ενημερωμένοι σχετικά με το θέμα που αφορά το κόστος της περίθαλψης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι περισσότεροι πολίτες, δεν γνωρίζουν το ποσοστό που πρέπει να δαπανήσουν από το διαθέσιμο εισόδημά τους για την χρήση και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση, έχει λειτουργήσει αρνητικά, αφού τα έξοδα νοσηλείας τα επιβαρύνεται ο ασφαλιστικός φορέας που ανήκει ο πολίτης, ενώ η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, οδήγησε στον υπερκαταναλωτισμό, με την άσκοπη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι πολίτες που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και διαθέτουν ασφάλιση υγείας, αυξάνουν το κόστος για την υγεία, ενώ η αύξηση του εισοδήματος του πληθυσμού είναι πλασματική, αφού τα τελευταία 30 χρόνια η κατανομή του πλούτου σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι άνιση. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα από έρευνες που έχει διενεργήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το ποσοστό του μεριδίου, το οποίο αντιστοιχεί σε πλούσιους και φτωχούς είναι περίπου στο 20%, με την άνιση κατανομή του παγκόσμιου πλούτου που επικρατεί, τα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα αύξησαν τα εισοδήματά τους περίπου στο 80%, ενώ στις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις, το εισόδημα μειώθηκε κατά 2%. Τα παραπάνω στατιστικά δεδομένα, δημοσιεύθηκαν από την Παγκόσμια Τράπεζα, η οποία

επιβεβαίωσε την ανισοκατανομή του πλούτου που υπάρχει σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η ανάλυση αυτή, δείχνει πως τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα διαθέτουν μεγαλύτερο αριθμό χρηματικών μονάδων προκειμένου να κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ μεγάλο μέρος των πολιτών που ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, αδυνατούν να δαπανήσουν τα χρήματα που απαιτούνται από το σύστημα υγείας έτσι ώστε να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών. Έπομένως, οι πολίτες που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και διαθέτουν ασφάλεια υγείας, παρουσιάζουν περισσότερες μέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία, αυξάνοντας το συνολικό κόστος χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την διάθεση των πόρων του συστήματος υγείας.

Επίσης, ένας παράγοντας που επιδρά καταλυτικά στην αύξηση των συνολικών δαπανών που αφορούν τον τομέα της υγείας, είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ειδικά η γήρανση του πληθυσμού. Είναι γνωστό ότι το ποσοστό των πολιτών άνω των 65 ετών, έχει αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, ενώ υπάρχουν μελέτες από τον Π.Ο.Υ., που επιβεβαιώνουν την αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Όμως, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η γήρανση του πληθυσμού, δεν επιβαρύνει αρκετά τον κλάδο της υγείας με την αύξηση της κατανάλωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού τα επίπεδα υγείας έχουν βελτιωθεί σημαντικά λόγω της καλύτερης ποιότητας ζωής που απολαμβάνουν οι πολίτες, μένουν παραπάνω χρόνια στην αγορά εργασίας όπου είναι περισσότερο παραγωγικοί σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Στο υψηλό κόστος από την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, συνδέεται και συμβάλλει η προσπάθεια που γίνεται για την αντιμετώπιση των παθήσεων των ασθενών όπου τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν συνδέεται αποκλειστικά με τον ηλικιακό παράγοντα.

Ο παράγοντας της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ως προς την εξέλιξη της και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική της χρήση, θεωρείται ότι επιδρά επιβαρυντικά και αυξάνει το συνολικό κόστος των συστημάτων υγείας. Για τον συγκεκριμένο λόγο, υπάρχουν τρία μοντέλα που περιγράφουν την συμπεριφορά των νοσοκομειακών μονάδων υγείας, τα οποία σχετίζονται με το κριτήριο της τιμής, της τεχνολογίας και της χρησιμότητας. Πιο αναλυτικά έχουμε:

- Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τιμή, στο οποίο τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται τα συνολικά έσοδά και

προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα τους, αγοράζουν νέες μεθόδους τεχνολογίας για να αυξηθεί η ζήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

- Το μοντέλο του ανταγωνισμού στην τεχνολογία, προκύπτει από την θεωρία της μεγιστοποίησης των πωλήσεων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και από την θεωρία του καταναλωτισμού. Τα νοσοκομεία λοιπόν, υιοθετούν την εξέλιξη στην τεχνολογία, για να την διαθέσουν στα γεωγραφικά τους όρια και να μην υστερούν σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομειακά ιδρύματα, σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Το μοντέλο της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας, όπου η τεχνολογία εξετάζεται και τελικά υιοθετείται, εφόσον παράγονται καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα και καλύπτεται μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού, με την κατανάλωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συνοψίζοντας, η υιοθέτηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, δεν επιβαρύνει ούτε αυξάνει τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες, αφού προκειμένου να υιοθετηθεί από ένα νοσοκομείο σε ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να στηρίζεται στην πρότερη αξιολόγησή της. Η τεχνολογική πρόοδος, μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά σε περίπτωση όπου η τεχνολογία που διαθέτει ήδη η νοσοκομειακή μονάδα υγείας, έχει τα ίδια σχεδόν αποτελέσματα με την καινούργια τεχνολογία, τότε δεν θα πρέπει να υιοθετηθεί, γιατί θα αυξηθεί το συνολικό κόστος υγείας.

1.4 Παράγοντες Μέτρησης Αποδοτικότητας ενός Συστήματος Υγείας

Ένας από τους βασικότερους δείκτες για την αποτίμηση ενός συστήματος και συγκεκριμένα ενός συστήματος παροχής υγείας, είναι η αποδοτικότητά του, η οποία μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους. Οι επιστήμονες μελέτησαν την ποιότητα των συστημάτων υγείας, συλλέγοντας ερωτηματολόγια από ασθενείς, με σκοπό να συγκρίνουν και να μελετήσουν, αν τα συγκεκριμένα συστήματα υγείας πληρούν τα θεωρητικά επίπεδα ποιότητας που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και να εντοπίσουν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των συστημάτων. Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας, περιλαμβάνει θέματα ποιοτικά, όπως για παράδειγμα η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας των ασθενών, αλλά και ζητήματα με κατεύθυνση προς τον ασθενή ως

πελάτη, όπως είναι η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών, το δικαίωμα στην επιλογή ιατρού και η ελεύθερη πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε ορισμένους τομείς, υπάρχει ελάχιστη διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών, ενώ σε άλλους, οι διαφορές ήταν αρκετά μεγάλες, όπως σε θέματα που αφορούσαν τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την κάλυψη του κόστους από ασφαλιστικούς φορείς.

Πάντως, η απόδοση ενός συστήματος υγείας αποτιμάται περισσότερο σε πραγματικούς όρους ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παρά σε δείκτες. Μία διαφορετική προσέγγιση για τα συστήματα υγείας, προσπάθησαν να δώσουν οι επιστήμονες, μελετώντας ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και συγκεκριμένα παρακολούθησαν το οριακό αποτέλεσμα στις συμπεριφορικές αντιδράσεις των διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών στις αλλαγές της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, υπολογίζοντας την κατανομή των δημοσίων δαπανών.

Παράλληλα μελέτησαν τις επιδράσεις των αλλαγών των δημοσίων δαπανών πάνω στις ιδιωτικές, μετατρέποντας τους μέσους δείκτες από την ανάλυση των δεδομένων, σε οριακούς δείκτες. Η αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας, οδήγησε σε αύξηση της χρησιμότητας του συστήματος υγείας για τις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού. Επίσης, διαπίστωσαν ότι οι διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης, επηρέαζαν τη διαχείριση των δαπανών, όπως για παράδειγμα, οι τοπικές χρηματοδοτήσεις του συστήματος, διοχετεύονταν με σκοπό την κάλυψη των καθημερινών χρηματοδοτικών αναγκών, ενώ οι κεντρικές χρηματοδοτήσεις πήγαιναν σε επενδύσεις για το σύστημα υγείας, άμεσα ή έμμεσα.

Επιπλέον, μελέτησαν τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και προσπάθησαν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με την ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τις διαφορετικές ηλικιακές και εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού. Η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων, όπου οι ασθενείς καλούνταν να αναφέρουν, τους λόγους που τους οδήγησαν να χρησιμοποιήσουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας, καθώς και το εκτιμώμενο από τους ίδιους επίπεδο της υγείας τους. Με την συγκεκριμένη μέθοδο, οι ερευνητές εξήγαγαν σημαντικά ποιοτικά ευρήματα σχετικά με τα επίπεδα της υγείας του πληθυσμού ανά εισοδηματική κατηγορία, ανά επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης και

ανά τόπο κατοικίας. Σημαντικό στοιχείο από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, είναι ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με την ηλικία του πληθυσμού και λιγότερο με το φύλο.

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, οφείλονται στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, περίπου το 90% σε θεραπεία, ενώ το 9% των δαπανών, οφείλεται σε πρόληψη και αποκατάσταση. Τα αποτελέσματά αυτά, εξηγούν την υπάρχουσα υγειονομική κατάσταση που επικρατεί στις χώρες, στον τομέα της υγείας. Επίσης, αποδείχτηκε ότι η πρόσβαση στα συστήματα υγείας, ευνοεί τους αδύνατους οικονομικά πολίτες, σε σχέση με τους εύπορους οικονομικά πολίτες, αν και όπως επισημαίνεται ότι η γενίκευση του συγκεκριμένου αποτελέσματος, θα ήταν παρακινδυνευμένη. Ωστόσο, το σύστημα υγείας που μελέτησαν οι ερευνητές, εφαρμόζει με επιτυχία έναν από τους βασικότερους στόχους που πρέπει να διαθέτει ένα τέτοιο σύστημα, η ελεύθερη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στα συστήματα, με ιδιαίτερη φροντίδα για τους ασθενέστερους και τους ηλικιωμένους.

Έναν άλλος παράγοντα για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, αποτελεί η αποτίμηση των δημοσίων επενδύσεων για την υγεία. Η οικονομική επένδυση στον υγειονομικό τομέα, αποδεικνύεται συχνά αβέβαιη, αφού το ρίσκο ανάληψης μίας επένδυσης, αποτιμάται σε οικονομικούς όρους. Υπάρχουν δύο τύποι επενδύσεων για τις δημόσιες δαπάνες, στον πρώτο τύπο επενδύσεων, τα οφέλη και τα κόστη, προέρχονται από το κράτος και διανέμονται, μέσω της γενικής φορολογίας σε όλους τους πολίτες. Ο διαχωρισμός του κόστους σε τόσο μικρά μερίδια, ανά πολίτη, μηδενίζει ουσιαστικά το κόστος για τον καθένα ξεχωριστά, ενώ ταυτόχρονα μεγιστοποιεί τη χρησιμότητα, αφού επωφελείται ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, έτσι η επένδυση θεωρείται χωρίς καμία αβεβαιότητα επιτυχής. Στον δεύτερο τύπο επενδύσεων, ένα σημαντικό ποσοστό της επένδυσης, βαρύνει άμεσα ένα ποσοστό των πολιτών και έτσι η οικονομική επένδυση, παρουσιάζει αβεβαιότητα.

Αξιοποιώντας κατάλληλα τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, μετρήθηκαν τα οφέλη από την ανάληψη των επενδύσεων με αβεβαιότητα, δηλαδή επενδύσεις που περιέχουν ρίσκο. Η μέτρηση των ωφελειών μιας επένδυσης στον τομέα της υγείας με τη χρήση των μελλοντικών αξιών, είναι αρκετά επικίνδυνη. Ένας εναλλακτικός τρόπος υπολογισμού μίας επένδυσης, θα ήταν η χρήση των αναμενόμενων τιμών, διορθωμένων κατά έναν παράγοντα που συνυπολογίζει και το ρίσκο. Ωστόσο, ακόμη και με τη χρήση των νέων μεθόδων συνυπολογισμού της αβεβαιότητας για μια επένδυση, οι δαπάνες για την υγεία, συμπεριφέρονται διαφορετικά από τις υπόλοιπες δημόσιες

δαπάνες. Τα θετικά αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από μία επένδυση υγείας, δεν μπορούν να γενικευθούν για ολόκληρο τον πληθυσμό, ούτε και να κατανεμηθούν σωστά, ώστε η επένδυση μετά την κατανομή να μην περιέχει καμία αβεβαιότητα. Αυτό συμβαίνει, διότι οι άμεσα ωφελούμενοι από την επένδυσης υγείας, είναι όσοι έχουν ανάγκη για τη λήψη μιας υπηρεσίας υγείας.

Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας με τον οποίο ασχολήθηκαν οι ερευνητές, είναι η επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στη ζήτηση για αγορά υπηρεσιών υγείας και στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Η αύξηση του προσδόκιμου όριου ζωής, εισήγαγε νέα δεδομένα στον τρόπο κατά τον οποίο αντιμετωπιζόταν η διαχείριση των συστημάτων υγείας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Η αύξηση του ποσοστού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για παροχή υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα αυξήσε και τις συνολικές δαπάνες για τη χρηματοδότηση των συστημάτων. Μάλιστα, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το κόστος για τα συστήματα υγείας, των τελευταίων δύο ετών ζωής των υπέργηρων, είναι αυτό που εκτοξεύει τις δημόσιες δαπάνες υγείας, όπου σχεδόν το 30% όλων των δαπανών του προγράμματος Medicare των Η.Π.Α. οφείλονται στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας, του τελευταίου έτους ζωής.

Οι ερευνητές ασχολήθηκαν με την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στις φαρμακευτικές δαπάνες για ένα σύστημα υγείας, αναλύοντας αρχικά την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στις συνολικές δαπάνες υγείας, είτε είναι ιδιωτικές είτε είναι δημόσιες και ύστερα τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της φαρμακευτικής δαπάνης των ατόμων που επέζησαν, σε σχέση με εκείνους που απεβίωσαν. Προσπάθησαν να προβλέψουν τις μελλοντικές φαρμακευτικές δαπάνες υγείας έως το 2025, ενώ το ποσοστό των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών, θα έχει αυξηθεί περίπου κατά 50%, και αναμένεται μία αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες, αυξάνονται ελάχιστα, όσο πλησιάζει ένας υπερήλικας στα τελευταία έτη της ζωής του και μάλιστα, δεν υπάρχει συσχέτιση με το τελευταίο έτος ζωής, όπως απέδειξαν άλλες μελέτες. Οι ερευνητές, προτείνουν στην πολιτεία να εστιάσει στην συνταγογράφηση οικονομικότερων φαρμάκων και όχι στη χρήση σκευασμάτων από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πολίτες, αν θέλει να μειώσει τις φαρμακευτικές δαπάνες στο σύστημα υγείας. Μελέτησαν την επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού στην αποδοτικότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης και της μακροχρόνιας περίθαλψης, χρησιμοποιώντας στατιστικά δεδομένα

της πολιτείας, εφαρμόζοντας δύο πιθανά σενάρια. Στο πρώτο σενάριο, δεν αναμένεται να αυξηθεί παραπάνω το προσδόκιμο όριο ζωής, ενώ στο δεύτερο, το προσδόκιμο όριο ζωής θα αυξανόταν με το πέρασμα του χρόνου.

Στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, εφαρμόστηκαν δύο διαφορετικές μέθοδοι για την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στην πρώτη, μελετήθηκε η χρησιμότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με το φύλο και την ηλικία, ενώ στην δεύτερη υπήρχε κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων, ανάλογα με την ηλικία και με το γεγονός αν ο ασθενής επιβίωσε ή απεβίωσε. Αποδείχτηκε ότι η γήρανση του πληθυσμού παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ζήτησης, για νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα σύστημα υγείας, αν και οφείλεται περισσότερο σε ουσιαστικές αλλαγές των ασθενειών και της ηλικιακής διασποράς του πληθυσμού. Όσον αφορά τη μακροχρόνια περίθαλψη, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι στο μέλλον οι ανάγκες για παροχή τέτοιου είδους φροντίδας, θα αυξηθούν δραματικά. Τέλος, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές που αναμένεται να πραγματοποιηθούν σε επίπεδο ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και της διαφοροποίησης των θεραπευτικών πρωτοκόλλων των ασθενειών, θα απαιτήσουν την αναδιοργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στον αύξημένο αριθμό περιστατικών που θα υπάρχουν.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Οι συνολικές δαπάνες ενός συστήματος υγείας, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι για τον κρατικό προϋπολογισμό μιας χώρας και για αυτό υπάρχουν αρκετές στατιστικές μελέτες που πραγματοποιούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τον τομέα της υγείας. Συνήθως, οι ερευνητές μελετούν τις δαπάνες αυτές ενιαία, ως συνολικές δαπάνες υγείας και στη συνέχεια τις συγκρίνουν με άλλους δείκτες της οικονομίας όπως για παράδειγμα, το Α.Ε.Π. και το συνολικό εισόδημα των πολιτών. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές επικεντρώνουν την μελέτη και σε επιμέρους στοιχεία των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα σύστημα. Άλλοι μελετούν με βάση τα συστατικά των υπηρεσιών κατά φορέα και κατά πάροχο, δηλαδή νοσοκομεία, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και ασφαλιστικοί οργανισμοί, είτε είναι δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, ενώ άλλοι με βάση τις πηγές χρηματοδότησης, για παράδειγμα δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, ενώ ορισμένοι, συμπεριλαμβάνουν και ποιοτικούς δείκτες για την εξαγωγή σωστών συμπερασμάτων, που επηρεάζουν το ύψος των συνολικών νοσοκομειακών και φαρμακευτικών δαπανών

υγείας, όπως η ηλικία σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, ο τρόπος ζωής των πολιτών σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος των συνολικών δαπανών σε ένα σύστημα υγείας, είναι το εισόδημα των πολιτών και η ηλικία. Η γήρανση του πληθυσμού, αυξάνει τη ζήτηση για παροχή των υπηρεσιών υγείας επιβαρύνοντας με αυτό τον τρόπο, τον κρατικό προϋπολογισμό. Από την άλλη πλευρά, το κράτος προσπαθεί να μειώσει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, διατηρώντας όμως υψηλό και σταθερό επίπεδο στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, αλλά και διασφαλίζοντας την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές, μετακυλίωντας ένα μέρος των δαπανών στους ασθενείς, δηλαδή τους καταναλωτές. Συνεπώς, το εισόδημα των ασθενών, είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ορισμένοι από τους παράγοντες για τον καθορισμό της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, μπορούν να επηρεαστούν από τις πολιτικές υγείας που χρησιμοποιεί το κράτος. Η μελέτη των παραγόντων εκείνων, που μπορούν να καθοριστούν από το κράτος, όπως για παράδειγμα η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, η δραστηριότητα και το κόστος λειτουργίας των μονάδων υγείας, είναι αρκετά σημαντική και εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας, που εφαρμόζει η εκάστοτε κυβερνητική εξουσία.

Οι δείκτες που μετρούν την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας, συγκρίνονται με τους οικονομικούς δείκτες, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι αδυναμίες των συστημάτων υγείας και να λαμβάνονται τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Η συλλογή των στατιστικών δεδομένων για ανάλυση από διαφορετικές χώρες, περιέχει κινδύνους για σημαντικά λαθή κατά τη διάρκεια της ανάλυσης, εξαιτίας της διαφορετικότητας των παραμέτρων και των μεθόδων συλλογής τους. Οι ερευνητές οφείλουν κατά τη διάρκεια της ανάλυσης, να ακολουθήσουν κάποια συγκεκριμένα πρότυπα και μεθοδολογίες, οι οποίες βοηθούν στην εξαγωγή σωστών και αμερόληπτων αποτελεσμάτων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, επιχειρήθηκε να δοθεί έμφαση σε διαφορετικούς άξονες, οι οποίοι καθορίζουν τη μελέτη των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα σύστημα και πάνω σε αυτούς, στηρίχθηκε και η δική μας ανάλυση. Συνοψίζοντας, παίζει σημαντικό ρόλο ο διαχωρισμός των συνολικών δαπανών για την υγεία στα επιμέρους συστατικά τους, όπως για παράδειγμα σε δημόσιες, ιδιωτικές, νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες. Αντίθετα, η μελέτη των συνολικών δαπανών

υγείας ως ενιαίες, περιέχει σοβαρούς κινδύνους διαστρέβλωσης των ποιοτικών χαρακτηριστικών, τα οποία είναι σημαντικά για τον καθορισμό του ύψους των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας και γι' αυτό, θα επικεντρωθούμε στο μοντέλο του διαχωρισμού των συνολικών δαπανών υγείας. Επίσης, ο δείκτης της αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας, επηρεάζει και την χρηματοδότησή του. Ένα οικονομικά αποδοτικότερο σύστημα υγείας, μεγιστοποιεί τα οφέλη του, ελαχιστοποιώντας το ύψος για τις συνολικές δαπάνες υγείας. Έτσι, η μελέτη του δείκτη της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας εξαρτάται άμεσα από μια σειρά συγκεκριμένων δεικτών, που είναι πολύ σημαντικοί για τον έλεγχο του ύψους των συνολικών δαπανών για την υγεία. Τέλος, η συγκριτική μελέτη των αναλύσεων μεταξύ διαφορετικών χωρών, παρέχει τη δυνατότητα εξαγωγής σημαντικών συμπερασμάτων σχετικά με τις πολιτικές υγείας, όπου εφαρμόζει η κάθε κυβέρνηση σε ένα σύστημα υγείας, έναντι των υπολοίπων, με βασικό στόχο την επιλογή και εφαρμογή του αποδοτικότερου μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1: Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών που ανήκουν στον Ο.Ο.Σ.Α. και ιδιαίτερα των Η.Π.Α., δέχονται και πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις με πιέσεις και μετατροπές. Η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, λόγω των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η εφαρμογή της σε ιατρικό και φαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα συστήματα υγείας, ο περιορισμός και η εξάντληση των διαθέσιμων πόρων, οι συνεχείς απαιτήσεις των ασθενών για την παροχή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνεχής αύξηση των χρόνιων νοσημάτων αποτελούν κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία ευθύνονται για την μεγέθυνση και την αύξηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα, επιδιώκονται ριζικές αλλαγές που πραγματοποιούνται μέσα στα συστήματα υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, γίνεται μια προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας των διαθέσιμων πόρων και η καλύτερη κατανομή τους, η μείωση του κόστους με την μέγιστη αποδοτικότητα και ο αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, είναι βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία βοηθούν στην μείωση των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας.

Τα αναπτυγμένα κράτη, όπως για παράδειγμα είναι οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν και να περιορίσουν τα προβλήματα που οφείλονται για την αύξηση των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών υγείας, λαμβάνοντας υπόψην πάντα τη σημασία που έχει ο τομέας της υγείας προς τους πολίτες, με τη διαφύλαξη της μέγιστης αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς.

Στο Κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν αρχικά οι τρόποι μέτρησης των Νοσοκομειακών δρατηριοτήτων και στη συνέχεια θα αναλυθούν οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων Υγείας. Επιπρόσθετα, θα αναφερθούν οι έλεγχοι του Ιατρικού προσωπικού των Νοσοκομειακών Μονάδων Υγείας σε ένα σύστημα.

2.2 Μέτρηση Νοσοκομειακών Δραστηριοτήτων

Για τη μέτρηση των Νοσοκομειακών Δραστηριοτήτων χρησιμοποιούνται διάφοροι Δείκτες προκειμένου να αποτυπωθεί η συνολική εικόνα του συστήματος. Σύμφωνα με την κατάταξη των δεικτών από τον Π.Ο.Υ. οι δείκτες χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, με την πρώτη να αφορά τις νοσοκομειακές δαπάνες υγείας και δραστηριότητες και τη δεύτερη τις συνολικές δαπάνες υγείας, σε ένα σύστημα.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους εξής παρακάτω δείκτες:

- 1) Ο αριθμός των εξιτηρίων, ανά 100 ασθενείς.
- 2) Ο μέσος όρος της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα που ανήκουν σε ένα σύστημα, ανά ημέρες.
- 3) Το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, στα νοσοκομεία που δέχονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά.

οι οποίοι και αναλύονται στη συνέχεια.

Ο αριθμός των εξιτηρίων ανά 100 ασθενείς

Ο συγκεκριμένος δείκτης με τον αριθμό των εξιτηρίων, αναφέρεται σε μια κατηγορία δεικτών όπου μετρούν και υπολογίζουν την συνολική αποδοτικότητα των δαπανών και των δραστηριοτήτων των νοσοκομειακών μονάδων, που ανήκουν σε ένα σύστημα υγείας, ενώ παρατηρούμε ότι το πιο δαπανηρό τμήμα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε ένα σύστημα, παρέχεται ενδονοσοκομειακά, δηλαδή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών σε μια νοσοκομειακή μονάδα υγείας. Σύμφωνα με τα πρότυπα που ορίζει ο Ο.Ο.Σ.Α. για την υγεία, ο συγκεκριμένος δείκτης μετράει και υπολογίζει τον συνολικό αριθμό των ασθενών όπου νοσηλεύτηκαν και πήραν εξιτήριο από μια νοσοκομειακή μονάδα υγείας, αφού πρώτα έχει λάβει την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Επίσης, ένας από τους σημαντικότερους λόγους μελέτης του συγκεκριμένου δείκτη, αποτελεί ο υπολογισμός του αριθμού για επανεισαγωγές ορισμένων ασθενών, εντός ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος μετά από το τελευταίο εξιτήριο, αφού σαν βασικό στόχο ενός συστήματος υγείας, αποτελεί η αποφυγή των εισαγωγών ξανά των ασθενών σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα, για την ίδια πάθηση. Η επανεισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία, κοστίζει αρκετά παραπάνω, από την παραμονή τους στα νοσοκομεία, μέχρι να αντιμετωπίσουν εντελώς την πάθηση, επομένως η εξέταση και η μέτρηση του συγκεκριμένου δείκτη, είναι απολύτως απαραίτητη με μεγάλη

σημασία στη μελέτη και τον υπολογισμό των δαπανών υγείας για ένα σύστημα.

Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η πρόληψη αλλά και η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών ύστερα από τη νοσηλεία τους με το εξιτήριο από το νοσοκομειακό ίδρυμα, παίζει καταλυτικό ρόλο στη μείωση των δαπανών υγείας και βοηθά στην προστασία της υγείας των ασθενών. Στα εξιτήρια, περιλαμβάνονται επίσης και ο θάνατος ενός ασθενούς εντός του νοσοκομειακού ιδρύματος όπου νοσηλευόταν, αλλά δεν υπολογίζονται οι ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας που έλαβε ένας ασθενής, σε περίπτωση που δεν χρειάζεται να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο. Οι αναπτυγμένες χώρες που διαθέτουν υψηλό αριθμό νοσοκομειακών κλινών, έχουν υψηλότερα ποσοστά εξιτηρίων των ασθενών.

Επιπρόσθετα, ο αριθμός των εξιτηρίων των ασθενών από ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, επηρεάζεται αρκετά από τη ζήτηση των πολιτών για παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, είναι οι εξής:

- Η γήρανση του πληθυσμού μίας χώρας, αφού όσο αυξάνεται η ηλικία των πολιτών αυξάνονται και οι ανάγκες για νοσοκομειακή περίθαλψη και η χρήση για ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας.
- Η εφαρμογή στα συστήματα υγείας, των νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων και των μεθόδων θεραπείας και αντιμετώπισης των ασθενειών.

Τα αποτελέσματα μπορεί να είναι θετικά είτε αρνητικά, αναλόγως την κάθε περίπτωση υγείας που μελετάτε. Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής νέων θεραπευτικών μεθόδων, η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα αυξάνεται, με αποτέλεσμα να αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας για το σύστημα, ενώ στην περίπτωση που εφαρμόζονται εκτός νοσοκομείου, μειώνεται η ζήτηση νοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών και οι νοσοκομειακές δαπάνες υγείας. Αντίθετα, λόγω της χρήσης νέων τεχνολογιών σε χειρουργικές μεθόδους θεραπείας, σε ορισμένες χώρες που ανήκουν στον Ο.Ο.Σ.Α., υπάρχει μεγάλη μείωση στον αριθμό των εξιτηρίων από τα νοσοκομεία.

Ο μέσος όρος της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα που ανήκουν σε ένα σύστημα, ανά ημέρες.

Ο συγκεκριμένος δείκτης με τον μέσο όρο της διάρκειας της νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία που ανήκουν σε ένα σύστημα, εξετάζει με

όλες τις λεπτομέρειες τη συμπεριφορά των δραστηριοτήτων των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, ενώ σε συνδυασμό με τον παραπάνω δείκτη, δηλαδή του αριθμού των εξιτηρίων των ασθενών από ένα νοσοκομείο, αποτελούν τους βασικότερους και σπουδαιότερους δείκτες ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών και δραστηριοτήτων για ένα σύστημα υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας βασικός λόγος και αιτία μείωσης του μέσου όρου των ημερών νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία, αποτελεί η διαφοροποίηση στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων θεραπείας, εξαιτίας της υιοθέτησης των σύγχρονων τεχνολογικών επιτευγμάτων αλλά και της χορήγησης σύγχρονων, εξελιγμένων και αποτελεσματικών φαρμακευτικών αγωγών, τα οποία μειώνουν αποτελεσματικά τον μέσο όρο νοσηλείας.

Σύμφωνα με την τελευταία μελέτη που έχει αναρτήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όπου αφορά τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., ο μέσος όρος της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών ανά ημέρες στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, κυμαίνεται στις δέκα (10) ημέρες και η διακύμανση στις τρεις (3) ημέρες. Η απόκλιση αυτή, μεταξύ του μέσου όρου και της διακύμανσης, οφείλεται κυρίως στις διαφορές που υπάρχουν στα συστήματα υγείας και στη νοσοκομειακή περίθαλψη των χωρών καθώς επίσης και στη διαχρονική εξέλιξη των συστημάτων αυτών. Η Δανία παρουσιάζει διαχρονικά, αρκετά χαμηλό μέσο όρο διάρκειας νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία, ενώ οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν υψηλό μέσο όρο διάρκειας νοσηλείας, το οποίο οφείλεται στο γεγονός ότι θέλουν να αποφύγουν τις επανεισαγωγές των ασθενών για την ίδια ασθένεια ή πάθηση, προκειμένου να μην αυξηθεί το κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και να αποφύγουν τις περιττές σπατάλες και την εξοικονόμηση των διαθέσιμων πόρων.

Το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, στα νοσοκομεία που δέχονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά.

Ο δείκτης για το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών στα νοσοκομεία που ανήκουν στο σύστημα υγείας της χώρας, είναι αρκετά σημαντικός για την σωστή μελέτη και καταγραφή των νοσοκομειακών δαπανών και δραστηριοτήτων και αποτελεί έναν βασικό δείκτη μέτρησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των δραστηριοτήτων ενός νοσοκομείου. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, τόσο υψηλότερες είναι οι οικονομίες κλίμακος για το σύστημα υγείας αφού το κόστος υγείας μειώνεται, οπότε είναι οικονομικά αποδοτικότερο το γεγονός της πλήρους κάλυψης του

ποσοστού των νοσοκομειακών κλινών, για τα συστήματα υγείας της χώρας.

Όμως με την πλήρη κάλυψη των νοσοκομειακών κλινών, πρέπει να υπάρχει από το σύστημα υγείας σωστή οργάνωση και αντίδραση, προκειμένου να διατηρηθεί η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, σταθερή και σε υψηλά επίπεδα, οπότε είναι απαραίτητη προϋπόθεση ο συγκεκριμένος δείκτης, να μελετάτε σε συνδυασμό με τους προηγούμενους και όχι μεμονωμένα. Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί το γεγονός όπου έχουμε τη μεγιστοποίηση του ποσοστού κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών σε ένα νοσοκομείο, ενώ ο αριθμός του νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού παραμένει σταθερός, τότε θα μειωθεί η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, για τους ασθενείς. Επομένως, η αύξηση του ποσοστού των νοσοκομειακών κλινών, απαιτεί και την αύξηση του νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού του νοσοκομείου, όπου αυξάνουν το κόστος αλλά διατηρείτε σταθερή, η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες που δημοσιεύθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., υπάρχει αύξηση στον αριθμό του ποσοστού κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, στο μεγαλύτερο μέρος των χωρών. Ο μέσος όρος του ποσοστού αυτού, όσον αφορά τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., είναι περίπου 80% και η διακύμανση 20%, ενώ η απόκλιση αυτή οφείλεται στα διαφορετικά συστήματα υγείας και των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται στις χώρες.

Η δεύτερη κατηγορία δεικτών μέτρησης των Νοσοκομειακών Δραστηριοτήτων περιλαμβάνει τους δείκτες που σχετίζονται με τις συνολικές δαπάνες υγείας, οι οποίοι είναι οι εξής:

- 1) Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- 2) Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- 3) Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία, ως κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης.
- 4) Οι δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία και δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε ένα σύστημα, ορίζεται το μέγεθος των συνολικών δαπανών, όπου προέρχονται κυρίως από τον προϋπολογισμό του κράτους, με την ταυτόχρονη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και των κρατικών επιχορηγήσεων για τους ασφαλιστικούς φορείς. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο δείκτης που αναφέρεται στις δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π., αυξάνεται για όλες τις χώρες, όπου για το Ηνωμένο Βασίλειο η αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, είναι αρκετά υψηλή, ενώ αντίθετα στις Η.Π.Α. οι δημόσιες δαπάνες υγείας βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο, αφού την υγειονομική κάλυψη των πολιτών, αναλαμβάνουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Αξιοσημείωτο συμπέρασμα αποτελεί η διαχρονική παρακολούθηση και ανάλυση των δημοσίων δαπανών, ως ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., όπως για παράδειγμα οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζουν διαχρονικά αρκετά υψηλότερα ποσοστά των δημοσίων δαπανών υγείας σε σχέση με το Α.Ε.Π., ενώ οι χώρες της Λατινικής Αμερικής παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά των δημοσίων δαπανών υγείας, αφού η κάθε χώρα εφαρμόζει τις δικές της πολιτικές υγείας καθώς και διαφορετικά συστήματα.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ο συγκεκριμένος δείκτης, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υπολογίζει τις εκτιμήσεις και διακυμάνσεις για τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες της υγείας, σε ένα σύστημα, ένας δείκτης που υποστηρίζεται αρκετά από το αμερικάνικο σύστημα υγείας και εφαρμόζεται σε όλες σχεδόν τις πολιτείες των Η.Π.Α.

Στις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out of pocket payments), ανήκουν όλες εκείνες οι επιβαρύνσεις και οι δαπάνες των νοικοκυριών, για υγειονομική και φαρμακευτική περίθαλψη, οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας καθώς και διάφοροι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, για τους πολίτες σε μια χώρα. Προκειμένου να υπάρξει επιπλέον επιβάρυνση των δαπανών υγείας για τους ασθενείς, πρέπει να

έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας, τις οποίες δεν τις καλύπτει η ιδιωτική ασφάλισή τους και θα πρέπει να τις πληρώσουν από την τσέπη τους τα νοικοκυριά, τις συγκεκριμένες αυτές εισφορές, για την υγεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι χώρες με υψηλά ποσοστά στον δείκτη τιμών των συνολικών δημοσίων δαπανών, εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά στον δείκτη των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και το αντίστροφο, ενώ η χώρα των Η.Π.Α. αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ιδιωτικών δαπανών υγείας, ως ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία, ως κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης.

Ο δείκτης αυτός, εξετάζεται και μελετάτε συνδυαστικά με τον προηγούμενο δείκτη, δηλαδή των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π., ώστε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να είναι αξιόπιστα και πιο αποδοτικά, όσον αφορά τα συστήματα υγείας, για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα στατιστικά στοιχεία του δείκτη αυτού, αποτελεί το γεγονός του κοινού νομίσματος που θα χρησιμοποιηθεί στην μελέτη για να υπολογιστούν σωστά και με ακρίβεια οι κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες υγείας των ασθενών, σε ένα σύστημα και συνήθως σαν νόμισμα βάσης, χρησιμοποιείτε το αμερικάνικο δολλάριο και οι μετατροπές των νομισμάτων των υπολοίπων χωρών, γίνονται με έναν σταθερό συντελεστή που έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τις στατιστικές μελέτες. Επομένως, με την συγκεκριμένη μέθοδο οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης, μπορούν να συγκριθούν εύκολα και αμερόληπτα μεταξύ τους, εφόσον απεικονίζονται με το ίδιο νόμισμα βάσης όπου εξάγονται αξιόπιστα δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τον δείκτη.

Από μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρατηρείται η διαχρονική αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, ως κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης, για όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., με την Δανία να παρουσιάζει την υψηλότερη αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ η Η.Π.Α. παρουσιάζουν έναν σταθερό αλλά ελάχιστο ανοδικό ρυθμό που κυμαίνεται στον μέσο όρο των χωρών αυτών, για τις δαπάνες υγείας, ως κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης. Η συγκεκριμένη αύξηση των δαπανών στα συστήματα υγείας των χωρών, οφείλεται κυρίως στην μεγάλη αύξηση της τιμής των ιατρικών και φαρμακευτικών παρεχόμενων

υπηρεσιών, οι οποίες απαιτούν την εφαρμογή του σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού και την χορήγηση των νέων φαρμακευτικών αγωγών, για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των ασθενειών και των παθήσεων για τους ασθενείς.

Οι δημόσιες νοσοκομειακές δαπάνες για την υγεία, σαν ποσοστό επί της εκατό των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο συγκεκριμένος δείκτης αναφέρεται στις συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία, οι οποίες πραγματοποιούνται και αφορούν, τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα. Είναι αρκετά σημαντική η μελέτη του δείκτη, επειδή παρέχει όλα τα δεδομένα και τα στοιχεία που σχετίζονται με τον προσανατολισμό και την κατεύθυνση του κάθε συστήματος υγείας ξεχωριστά. Οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά στον δείκτη των δημοσίων νοσοκομειακών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, είναι η Δανία και η Γαλλία, αφού στρέφονται κυρίως στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και αντιμετώπιση των περιστατικών, με αποτέλεσμα την επίσκεψη των ασθενών σε νοσοκομεία προκειμένου να εξεταστούν από τον αρμόδιο γιατρό, ενώ οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν σχετικά σταθερά προς χαμηλά ποσοστά νοσοκομειακών δαπανών ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας, επειδή προσπαθούν να μειώσουν τις νοσοκομειακές δαπάνες υγείας και στρέφονται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη για την αντιμετώπιση κάποιων ασθενειών, με την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2.3 Έλεγχος του Ιατρικού Προσωπικού μίας Νοσοκομειακής Μονάδας Υγείας

Το πιο συχνό φαινόμενο που αντιμετωπίζεται στα νοσοκομεία κατά την διάρκεια της νοσηλείας κάποιου ασθενούς, αποτελεί η ασύμμετρη πληροφόρηση. Πρόκειται για ένα φαινόμενο όπου το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας, διαθέτει περισσότερες γνώσεις και πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση υγείας του ασθενούς, όπου πολλές φορές έρχονται σε αντίθεση και σε σύγκρουση με την άποψη των ασθενών. Η τελική λήψη των αποφάσεων για την κατάσταση υγείας των ασθενών, γίνεται από το υπεύθυνο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου, με κύριο γνώμονα πάντα την προστασία της υγείας και την εξυπηρέτηση των συμφερόντων των ασθενών.

Επίσης, το ιατρικό προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας υγείας, συμβάλλει αποτελεσματικά με την ορθολογική χρήση, στην σωστή κατανομή των διαθέσιμων πόρων, ενός συστήματος υγείας. Το συγκεκριμένο θέμα, σχετίζεται άμεσα με την ασύμμετρη πληροφόρηση που επικρατεί στον τομέα της υγείας, αφού οι ασθενείς πρέπει να έχουν σωστή και πλήρη γνώση σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται για κατανάλωση. Επιπλέον, στον τομέα της υγείας, παρατηρείτε έντονα και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, κατά το οποίο το προσωπικό του νοσοκομείου, έχει τη δυνατότητα να αυξήσει την κατανάλωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς, εξυπηρετώντας τα συμφέροντά τους και γι' αυτό τον λόγο θα πρέπει να ελέγχονται από μια ανεξάρτητη υπηρεσία για την σωστή συνταγογράφηση των φαρμάκων και χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Το ιατρικό προσωπικό του κάθε νοσοκομείου, είναι υπεύθυνο σχετικά με τις παροχές των υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, ενώ έχουν την δυνατότητα επιλογής της προσβασιμότητας των ασθενών στο σύστημα υγείας, επηρεάζοντας αρνητικά την καθολικότητα της προσβασιμότητας και της ελεύθερης διανομής των διαθέσιμων πόρων.

Προκειμένου να υπάρχει σωστός έλεγχος του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομειακών μονάδων που ανήκουν σε ένα σύστημα υγείας, έχουν θεσπιστεί κάποια συγκεκριμένα μισθολογικά πρότυπα για τις συγκεκριμένες ομάδες και κριτήρια επιλογής του κατάλληλου αριθμού για το προσωπικό, κάθε νοσοκομειακής μονάδας ανάλογα με τις ανάγκες που έχει. Οι βασικοί τρόποι αμοιβής του ιατρικού προσωπικού είναι οι εξής παρακάτω:

- Η αμοιβή κατά πράξη (fee for service), η οποία περιλαμβάνει δυο (2) τρόπους αμοιβής:

1.Την αμοιβή σύμφωνα με τις τιμές της αγοράς, όπου ο ασθενής πληρώνει μια συγκεκριμένη τιμή για τη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία διαμορφώνεται σύμφωνα με το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης.

2.Την αμοιβή σύμφωνα με προκαθορισμένες τιμές, όπου διαμορφώνεται ένας τιμοκατάλογος ανάλογα με την χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν όμως και κάποιοι κίνδυνοι, όπως η δυνατότητα που έχει ο ασθενής στην ελευθερία της επιλογής του γιατρού, παρουσιάζεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, αφού συνταγογραφούν παραπάνω φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις, για μεγαλύτερη αμοιβή.

- Η αμοιβή με βάση συγκεκριμένο πάγιο μισθό, όπου το ιατρικό προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας υγείας, αμείβεται με βάση ένα συγκεκριμένο πάγιο μισθό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και για τις ώρες εργασίας του στο νοσοκομείο για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

Σε αυτό το σύστημα αμοιβής υπάρχει ο κίνδυνος της αδυναμίας της εξυπηρέτησης μεγάλου ποσοστού του αριθμού των ασθενών, λόγω της χαμηλής παραγωγικότητας του ιατρικού προσωπικού, εφόσον πληρώνεται με σταθερό μισθό και δεν έχει κάποιο οικονομικό κίνητρο, ώστε να γίνει πιο παραγωγικό.

- Η αμοιβή κατά κεφαλήν. Το ιατρικό προσωπικό, είναι συμβεβλημένο με κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό και είναι υποχρεωμένοι να δέχονται ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών που είναι ασφαλισμένοι στον οργανισμό αυτό. Έτσι, το προσωπικό αναγκάζεται να είναι παραγωγικό και αποτελεσματικό, αφού αμοίβεται σύμφωνα με τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετούν.

Στο συγκεκριμένο σύστημα αμοιβής, λόγω του μεγάλου αριθμού των ασθενών που είναι ασφαλισμένοι στον οργανισμό, παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις και αναμονές για την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

2.4 Πηγές Χρηματοδότησης των Συστημάτων Υγείας

Τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγείας σε μια χώρα, συνήθως χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς ή κρατικούς φορείς και οργανισμούς, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους που μπορούν να διαθέσουν στον τομέα της υγείας. Στους ιδιωτικούς οργανισμούς, ανήκουν διάφορες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικά ταμεία, τα οποία συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην οικονομική ενίσχυση και στην καλύτερη οργάνωση των συστημάτων υγείας της χώρας, ενώ στους κρατικούς οργανισμούς ανήκουν διάφορα έσοδα του κράτους από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή έσοδα που προκύπτουν από την φορολογία που επιβάλλεται στον πληθυσμό, αλλά και από την συμμετοχή των ασθενών για χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τέλος υπάρχει μια καινούργια μέθοδος ασφάλισης των πολιτών για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, η εθελοντική ασφάλιση.

Στις περισσότερες χώρες που ανήκουν στον Ο.Ο.Σ.Α., η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, βασίζεται κυρίως σε κρατικούς οργανισμούς,

όπως για παράδειγμα στην Ιταλία και την Αγγλία, ο μεγαλύτερος όγκος των νοσοκομειακών ιδρυμάτων ανήκει στο κράτος και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ αντίθετα στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας, ο κύριος όγκος των νοσοκομείων ανήκει σε ιδιωτικούς οργανισμούς και τέλος στην Ελλάδα και την Ισπανία, το ποσοστό αυτό είναι μοιρασμένο στη μεση, σε κρατικούς και ιδιωτικούς οργανισμούς και ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάλογα με την ασφάλιση και την οικονομική άνεση που διαθέτει.

Μια μορφή κρατικού προϋπολογισμού που εφαρμόζετε συχνά τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., αποτελεί ο αυστηρός κρατικός προϋπολογισμός, ο οποίος διαθέτει ένα σύστημα ποινής αν ο ασφαλισμένος ασθενής ξεπεράσει ένα συγκεκριμένο όριο δαπανών υγείας και ένα σύστημα επιβράβευσης, στην περίπτωση που εξοικονόμησε χρήματα και πόρους στο σύστημα υγείας. Η συγκεκριμένη μορφή του κρατικού προϋπολογισμού, βοηθάει αρκετά και τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας, αφού το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι από την αρχή γνωστό για τον σχεδιασμό της χρήσης των υπηρεσιών αυτών και της σωστής διανομής των διαθέσιμων πόρων που υπάρχουν για τα συστήματα υγείας της χώρας.

Όμως, με τη χρήση και την εφαρμογή του αυστηρού κρατικού προϋπολογισμού τα αποτελέσματα δεν επιτυγχάνονται, για την μείωση του κόστους και των δαπανών των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, για τους εξής παρακάτω λόγους:

1. Επειδή η συγκεκριμένη μορφή, διαθέτει ένα αυστηρό σύστημα ποινών και απαιτεί από τον ασθενή να πληρώσει από την τσέπη του, σε περίπτωση όπου ξεπεράσει ένα συγκεκριμένο όριο δαπανών υγείας, αρκετές φορές κάνει άσκοπη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να ξεπεράσει το όριο των δαπανών που έχει στη διάθεσή του, για λόγους αντίδρασης προς το σύστημα υγείας.
2. Αρκετές φορές, υπάρχει παραβίαση της καθολικότητας στη ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών στα συστήματα υγείας, εξαιτίας του υψηλού κόστους για τα νοσοκομεία για την εξυπηρέτηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και βαριές μορφές παθήσεων.
3. Δημιουργείται μεγάλη λίστα αναμονής για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

Σε ένα σύστημα υγείας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα απαιτούν και απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από κρατικούς οργανισμούς και φορείς, είναι απαραίτητο να υπάρχουν οικονομικά κίνητρα για μέγιστη αποδοτικότητα και αύξηση της παραγωγικότητας, προκειμένου να εξυπηρετούνται όλοι οι ασθενείς, διασφαλίζοντας όμως την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και μειώνοντας το κόστος της άσκοπης χρήσης των υπηρεσιών αυτών. Υπάρχει και περίπτωση, προκειμένου να περιοριστούν οι δαπάνες και το κόστος υγείας, να μειωθούν οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία, χωρίς όμως να υπάρχει πλήρης ανάρρωση και επαρκής κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα ένα ποσοστό των ασθενών να χρειαστεί να νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο, αυξάνοντας κατακόρυφα τις δαπάνες και το κόστος, για τα συστήματα υγείας.

Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων

Τα συστήματα για την αποζημίωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, συνεχώς μεταβάλλονται και τροποποιούνται τα τελευταία χρόνια. Κυρίως χρηματοδοτούνται από κρατικούς και ιδιωτικούς οργανισμούς και φορείς, μέσω του προϋπολογισμού που συντάσσεται για τον επόμενο χρόνο για τα ποσά και τους διαθέσιμους πόρους, όπου θα κατανεμηθούν στον τομέα και στα συστήματα υγείας. Οι μέθοδοι και οι τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και των νοσοκομείων, ταξινομούνται σε τρεις (3) βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Ο ετήσιος προϋπολογισμός που βασίζεται στα κόστη και στις δαπάνες υγείας των προηγούμενων ετών. Η Ελλάδα, χρησιμοποιεί την συγκεκριμένη μέθοδο χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία, αφού ο ετήσιος προϋπολογισμός που αφορά τον τομέα της υγείας, συντάσσεται το προηγούμενο έτος, σύμφωνα με τις συνολικές δαπάνες υγείας του έτους αυτού, ενώ χρησιμοποιείται το κλειστό νοσήλειο, για την αποζημίωση των νοσοκομείων ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για νοσηλεία.
- Ο ετήσιος προϋπολογισμός που βασίζεται στο συνολικό αριθμό των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων. Η Γερμανία, χρησιμοποιεί την συγκεκριμένη μέθοδο χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία, που συντάσσει την εφαρμογή των σφαιρικών προϋπολογισμών, ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα υγείας, αμείβονται με βάση την χρήση των (DRG's) συστημάτων υγείας.

- Ο ετήσιος προϋπολογισμός για την αποζημίωση των νοσοκομείων, όπου βασίζεται στον συνολικό αριθμό των δραστηριοτήτων, με τη χρήση μικτών μεθόδων αμοιβής ή με την αγορά πακέτου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η Ιταλία, χρησιμοποιεί την συγκεκριμένη μέθοδο χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία. Αν πρόκειται για δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα, τότε η χρηματοδότηση γίνεται από έναν σταθερό ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό, όπου χρησιμοποιούνται τα (DRG's) συστήματα υγείας, για την αμοιβή της παροχής ενδονοσοκομειακής υπηρεσίας υγείας και η αμοιβή κατά πράξη, αν πρόκειται για παροχή εξωνοσοκομειακής υπηρεσίας, ενώ αν πρόκειται για ιδιωτικά νοσοκομειακά ιδρύματα, τότε υπάρχει χρηματοδότηση μέσω ενός προκαθορισμένου σταθερού ετήσιου προϋπολογισμού που χρησιμοποιούνται μόνο τα (DRG's) συστήματα υγείας.

2.5 Ανακεφαλαίωση

Η προσπάθεια για διαφύλαξη της καθολικότητας στην ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών και των ασθενών στα νοσοκομεία για χρήση των υπηρεσιών υγείας για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση ασθενειών και παθήσεων, με όσο το δυνατόν τη μείωση του κόστους και την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών, αποτελούν τομέα πρόκλησης για την εξαγωγή πληροφοριών, τόσο για τους ερευνητές όσο και για το υπουργείο υγείας μιας χώρας, ώστε να μπορέσουν να καταλήξουν στο τέλειο σημείο, δηλαδή της μέγιστης αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, της μείωσης του κόστους και της αύξησης της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

Ο τομέας της υγείας αποτελεί για τις ανεπτυγμένες χώρες, μία από τις βασικότερες συνιστώσες σε ένα κράτος πρόνοιας, ο οποίος τομέας τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας για ιατρικό εξοπλισμό και φαρμακευτικές μεθόδους έχει βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, αλλά ταυτόχρονα έχει αυξήσει και το κόστος υγείας των νοσοκομειακών παρεχόμενων υπηρεσιών, συγκεντρώνει αρκετές μελέτες και αντιπαραθέσεις σχετικά με το θέμα της αναδιοργάνωσης και τον αναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας και των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.

Η αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία, λόγω των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η εφαρμογή της σε ιατρικό και φαρμακευτικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα συστήματα υγείας, ο περιορισμός και η εξάντληση των διαθέσιμων πόρων, οι συνεχείς απαιτήσεις των ασθενών για την παροχή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνεχής αύξηση των χρόνιων νοσημάτων αποτελούν κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία οφείλονται για την μεγέθυνση και την αύξηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών για την υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.

3.1 Εισαγωγή

Μεγάλη έξαρση όσον αφορά την ανάπτυξη μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων, παρατηρήθηκε την περίοδο κατά την οποία αναπτυσσόταν ο Νέος Κόσμος. Η πρώτη ομοσπονδιακή νοσοκομειακή μονάδα, καθορίστηκε από τη νομοθεσία των Η.Π.Α. το 1800, όπου παρείχε υπηρεσίες υγείας και νοσηλεία σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Το 1803, δημιουργήθηκε ένα ακόμη νοσοκομείο στην πολιτεία της Βοστώνης, ενώ το 1850, υπήρχαν ήδη 30 νοσοκομειακές μονάδες για παροχή υπηρεσιών υγείας. Με το ξεκίνημα του 20ου αιώνα, υπήρχαν αρκετά νοσοκομεία, είτε ιδιωτικά είτε δημόσια για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών και στις Η.Π.Α. αρκετές χιλιάδες νοσοκομειακές μονάδες με ένα εξειδικευμένο και ποιοτικό σύστημα υγείας, όπου στηριζόταν σε ποιοτικά στατιστικά δεδομένα. Σήμερα, διαθέτουν ορισμένα από τα πιο σύγχρονα νοσοκομεία και συστήματα υγείας, ανά τον κόσμο, τα οποία ακολουθούν συγκεκριμένα και εξειδικευμένα ποιοτικά δεδομένα, εξυπηρετώντας έναν αρκετά μεγάλο όγκο του πληθυσμού.

Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από την αύξηση των δαπανών για τη χρηματοδότησή του, αλλά μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, όπου θα κάνουν το σύστημα υγείας πιο ευέλικτο και θα μειώσουν το κόστος λειτουργίας. Η περίπτωση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας της πολιτείας της Μασαχουσέτης, αποτελεί παράδειγμα μίας επιτυχημένης εφαρμογής τέτοιων αλλαγών. Οι ερευνητές, προσπάθησαν να μελετήσουν την επίδραση της επιβολής της σημαντικότερης μεταρρύθμισης που εφαρμόστηκε τα τελευταία χρόνια σε μια πολιτεία των Η.Π.Α. με διάφορους παράγοντες μέτρησης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.

Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση, προέβλεπε την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες της πολιτείας, φαινόμενο το οποίο ήταν άγνωστο έως τότε, αφού το σύστημα υγείας των Η.Π.Α.

βασιζόταν κυρίως σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εισφορές, ενώ η κρατική χρηματοδότηση αφορούσε τα προγράμματα Medicare, δηλαδή προγράμματα για τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και Medicaid, προγράμματα για τις φτωχότερες τάξεις του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, ήταν ανάμεσα στα τρία χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του οργανισμού, με μόλις 48%, ενώ το υπόλοιπο 52%, προερχόταν από ιδιωτικές πληρωμές και δαπάνες ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων. Συγκεκριμένα, για να μετρήσουν την αύξηση στην αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας εξαιτίας της νέας μεταρρύθμισης, ανέλυσαν την επίδραση στα ποσοστά των ανασφάλιστων πολιτών, στην πρόληψη των ασθενειών, στη νοσοκομειακή περίθαλψη των νοσηλευομένων, στη ορθή χρησιμότητα των διαθέσιμων πόρων, στις ημέρες νοσηλείας, στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στα κόστη νοσηλείας.

Ο στόχος της εφαρμογής της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης ήταν η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και στις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες μέχρι εκείνη την χρονική στιγμή, δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις, ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν τα οφέλη των ιδιωτικών και δημοσίων ασφαλιστικών προγραμμάτων, που χρηματοδοτούνταν από κρατικούς φορείς, τα Medicaid και Medicare συστήματα υγείας. Επομένως, η μεταρρύθμιση στόχευε κυρίως στον ενεργό πληθυσμό της χώρας, δηλαδή στο εργατικό δυναμικό, ηλικίας έως και 65 ετών.

Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών, είχαν ασφαλιστική κάλυψη μέσω του προγράμματος Medicaid, που εφαρμόζεται στα συστήματα υγείας των Η.Π.Α. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση πέτυχε τον στόχο της, αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματα που δημοσιεύθηκαν, η ασφαλιστική κάλυψη στο σύνολο του ενεργού πληθυσμού, ανήλθε στο 95%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πολίτες της Μασαχουσέτης, απολαμβάνουν ασφαλιστικές καλύψεις σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τον μέσο όρο των υπολοίπων πολιτειών, ακόμη και πριν την εφαρμογή της μεταρρύθμισης αυτής. Όσον αφορά στα ποιοτικά χαρακτηριστικά, εξαιτίας των αλλαγών που επήλθαν μετά την συγκεκριμένη εφαρμογή, το ποσοστό των ανασφάλιστων πολιτών, μειώθηκε κατά 2,5%, ενώ των ασφαλισμένων μέσω του προγράμματος Medicaid, αυξήθηκε κατά 4%.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι μετά την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των ιδιωτικών σε σχέση με των δημοσίων δαπανών, όπου καλύπτονταν μέσω του προγράμματος Medicaid των συστημάτων υγείας. Με άλλα λόγια, ήταν αρκετά μεγάλος ο αριθμός των πολιτών, που πληρούσαν πλέον τις προϋποθέσεις για να ενταχθούν σε αυτό το ασφαλιστικό πρόγραμμα, είτε προέρχονταν από τους μέχρι τότε ανασφάλιστους, είτε από τους ασφαλισμένους σε ιδιωτικούς φορείς.

Το επακόλουθο από την εφαρμογή μιας τέτοιας μεταρρύθμισης για τα συστήματα υγείας της χώρας, είναι να αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλευομένων, αλλά και οι ημέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία, λόγω της δυνατότητας που δίνεται σε περισσότερους ασθενείς να κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, αυτό δεν είναι απαραίτητο να συμβεί σε όλα τα συστήματα υγείας, αφού υπάρχουν και εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας, λιγότερο κοστοβόρες αλλά οικονομικά καλυπτόμενες από αυτά, όπως είναι η κατ' όικον νοσηλεία ενός ασθενή και η φαρμακευτική αγωγή του. Τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης έδειξαν ότι οι ημέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία, μειώθηκαν κατά 1,5%, συνεπώς η εφαρμογή της μεταρρύθμισης πέτυχε και στο νοσοκομειακό τομέα των συστημάτων υγείας, που είναι καθοριστικός για τη συγκράτηση και τη μείωση του κόστους των συνολικών δαπανών. Επίσης, η μείωση των ημερών νοσηλείας στα νοσοκομεία, έχει και ένα ακόμη θετικό εκτός από την οικονομική διάσταση του θέματος, όπου προκαλεί την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος, αφού ο ίδιος αριθμός των διαθέσιμων πόρων, θα εξυπηρετήσει μικρότερο αριθμό νοσηλευομένων.

Επίσης, στο Κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται θέματα που αφορούν στην καθολικότητα της πρόσβασης, στην ασφάλεια και στην ποιότητα των συστημάτων υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών. Ο τομέας της προληπτικής ιατρικής, είναι ζωτικής σημασίας για την οικονομική αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας, αφού συνήθως το κόστος της πρόληψης της ασθένειας είναι αρκετά μικρότερο σε σχέση με εκείνο της θεραπείας της. Η καθολικότητα στην πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υποδομές παροχής υπηρεσιών υγείας, ελάττωσε σημαντικά την εισροή ασθενών στο σύστημα υγείας μέσω του τμήματος επειγόντων περιστατικών μειώνοντας το κόστος, αφού τα τμήματα αυτά είναι πιο

δαπανηρά σε σύγκριση με τα τμήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επιπρόσθετα, αναλύετε η επίδραση της μεταρρύθμισης στα κόστη για τα συστήματα υγείας. Αρκετές αλλαγές, οδήγησαν σε αύξηση του κόστους εξαιτίας του αυξημένου αριθμού των πολιτών που εισήλθαν στα συστήματα υγείας και μάλιστα πολιτών που προηγουμένως δεν είχαν καμία ιατρική περίθαλψη και συνεπώς έχουν αυξημένες ανάγκες για χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ κάποιες άλλες μεταρρυθμίσεις, μέσω των οικονομιών κλίμακος που δημιούργησε η αύξηση των ασθενών στα συστήματα υγείας, πέτυχαν τη μείωση του κόστους, αφού οι πολίτες απολάμβαναν υπηρεσίες υγείας σε χαμηλές τιμές, που επιτυγχάνονταν ύστερα από διαπραγματεύσεις μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας και του κράτους, ως ασφαλιστικού φορέα. Τα κόστη παρέμειναν σε γενικές γραμμές σταθερά, γεγονός που αν συνυπολογιστεί με τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάστηκαν, πολλαπλασιάζει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και την ωφελιμότητα που απολαμβάνουν οι πολίτες της χώρας και τελειώνοντας, θα συγκριθούν τα ίδια χαρακτηριστικά για την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας με τις δαπάνες υγείας, όπου απαιτούνται για την χρηματοδότησή τους.

3.2: Συγκριτική Μελέτη Δαπανών Υγείας στις Η.Π.Α.

Η σύγκριση των ενιαίων δαπανών υγείας μεταξύ τους, είναι μία ιδιαίτερα δημοφιλής μέθοδος μελέτης, εξαιτίας της δυνατότητας για μια συστηματική ανάλυση των αποτελεσμάτων που έχουν σε κάθε σύστημα, οι διαφορετικές πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται σε κάθε χώρα. Υπάρχει μια πληθώρα δημοσιευμένων αναλύσεων για το συγκεκριμένο θέμα, ενώ το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι το εισόδημα αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα καθορισμού του ύψους των δαπανών υγείας σε κάθε σύστημα.

Ωστόσο, η συγκριτική αυτή ανάλυση, προσκρούει σε πέντε βασικά εμπόδια, τα οποία είναι τα εξής:

- 1) Ελλιπής θεωρητική βάση, σχετικά με τα επιμέρους στοιχεία στα οποία αναλύονται οι δαπάνες υγείας, αφού η διεθνής βιβλιογραφία αντιμετωπίζει τις δαπάνες υγείας ως ενιαίες.
- 2) Τα δεδομένα δεν είναι αξιόπιστα, αφού δεν υπάρχει ένα σύνολο από διεθνείς κανόνες που να προσδιορίζουν την μεθοδολογία αλλά και τον τρόπο δημοσίευσης των στατιστικών στοιχείων. Έτσι, σύγκριση μεταξύ δεδομένων διαφορετικών συστημάτων υγείας, περιέχει κινδύνους για την εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων.
- 3) Βασικό πρόβλημα στην ανάλυση των δεδομένων, αποτελεί το μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν αντιπροσωπεύει σωστά τα συστήματα υγείας, αφού ελάχιστες χώρες εμφανίζουν ολοκληρωμένες χρονοσειρές στατιστικών δεδομένων.
- 4) Η σύγκριση των δεδομένων διαφορετικών συστημάτων υγείας, προϋποθέτει ότι μεταξύ τους υπάρχει μια σχέση ομοιογένειας.
- 5) Τα δεδομένα, όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες για τα συστήματα υγείας, αποδίδουν μια στατική εικόνα του δείγματος ενώ είναι μεταβαλλόμενη και συνεχώς αλλάζει.

Η πρώτη γενιά μελετών, χρησιμοποίησε απλοποιημένα δεδομένα των χωρών και μελέτησαν τη σχέση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, με τις δαπάνες υγείας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η μεταξύ τους σχέση εξηγείται σε μεγάλο βαθμό, αποκλείοντας έτσι, άλλους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αυτή τη σχέση. Στη συνέχεια, κατάφεραν να συσχετίσουν τους δημογραφικούς με τους οικονομικούς παράγοντες και να εξηγήσουν την επίδραση που έχουν στις δαπάνες υγείας σε ένα σύστημα, καθώς επίσης κατάφεραν να συσχετίσουν το Α.Ε.Π. με τον πληθωρισμό, τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών και την ηλικία.

Η δεύτερη γενιά μελετών, χρησιμοποίησε δεδομένα τύπου panel, καταφέροντας να προσπεράσει και να αντιμετωπίσει αρκετά εμπόδια για τον τομέα της υγείας. Τα περισσότερα από αυτά, μπορούν να

επιλυθούν χρησιμοποιώντας δεδομένα τύπου panel, δηλαδή έναν συνδυασμό χρονοσειρών και διαστρωματικών δεδομένων. Το δείγμα γίνεται σημαντικά μεγαλύτερο, αφού προστίθενται τα δεδομένα των χρονοσειρών, ενώ το πρόβλημα της ετερογένειας των δεδομένων αυξάνεται. Επίσης, η στατικότητα του δείγματος μειώνεται δραματικά, αφού οι χρονοσειρές δημιουργούν μία διαχρονική εικόνα της μεταβλητής που μελετάται.

Για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, χρησιμοποιούνται δύο βασικές μεταβλητές, ο συνολικός δείκτης γονιμότητας και η βρεφική θνησιμότητα, η οποία αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τον σωστό υπολογισμό της μέτρησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Ως βασική οικονομική μεταβλητή, χρησιμοποιείται το κατά κεφαλήν ετήσιο εισόδημα.

Ο διαχωρισμός για τις συνολικές δαπάνες σε ένα σύστημα υγείας, όσον αφορά το εύρος των αναλύσεων σε μικροοικονομικό και σε μακροοικονομικό περιβάλλον, είναι μία θεωρία που χρησιμοποιείτε τα τελευταία χρόνια σε αρκετές μελέτες. Εκείνες που ασχολούνται με τα μικροοικονομικά δεδομένα και τις σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών και οικονομικών επηρεάζοντας τις συνολικές δαπάνες και το επίπεδο υγείας σε μια χώρα, ταξινομούνται σε διαφορετική κατηγορία σε σχέση με αυτές που μελετούν τις συνολικές δαπάνες υγείας ενός κράτους, συγκριτικά με κάποιο άλλο.

Ορισμένοι ερευνητές, μελέτησαν την επίδραση της ηλικίας στις συνολικές δαπάνες υγείας, σε μακροοικονομικό επίπεδο. Τα στοιχεία, προέρχονται από την στατιστική βάση δεδομένων του Π.Ο.Υ. και καλύπτουν μία περίοδο, από το 2000 - 2014. Τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν, είναι σημαντικά, αφού παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. και των συνολικών δαπανών υγείας. Στις πολιτείες με μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων, το εισόδημα δεν αποτελεί παράγοντα για μακροζωία, αφού ήδη υπάρχει υψηλό προσδόκιμο ζωής, ενώ για τις ανεπτυγμένες πολιτείες, ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για τον προσδιορισμό της ποιότητας υγείας. Γενικά, υπάρχει το συμπέρασμα ότι οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας, οδηγούν σε αύξηση της ποιότητας της υγείας, ενώ ένα σημαντικό

κομμάτι της αύξησης στο προσδόκιμο όριο ζωής, εξηγείται από την αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία και κυρίως από την εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στις ιατρικές μεθόδους, που έκανε τα συστήματα, πιο αποδοτικά.

3.3 Ο Διαχωρισμός των Νοσοκομειακών Μονάδων Υγείας

Οι σύγχρονες νοσοκομειακές μονάδες υγείας, καθορίζονται και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις εκάστοτε νομοθεσίες, από τις ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας της χώρας, από σχετικά διατάγματα που σχετίζονται με τα συστήματα υγείας και ισχύουν σε κάθε πολιτεία, από εθνικούς και τοπικούς κώδικες. Οι απαιτήσεις αυτές, διασφαλίζουν την σωστή και ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο μεγαλύτερος όγκος από τα σύγχρονα νοσοκομεία, χαρακτηρίζεται από ποιοτικά στατιστικά δεδομένα, τα οποία περιγράφουν τις συνθήκες διαμονής στα νοσοκομεία αλλά και την διαδικασία αποθεραπείας των ασθενών που νοσηλεύονται. Επίσης, οι ραγδαίες εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, έχουν εστιάσει σε ενέργειες προγραμματισμού των υποδομών, στην επέκταση των εξωνοσοκομειακών μονάδων υγείας.

Οι νοσοκομειακές μονάδες υγείας, λειτουργούν με βάση κάποια συγκεκριμένα ποιοτικά δεδομένα και σε σχέση με την ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα, τις νοσοκομειακές υποδομές, το προσωπικό και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο που σχετίζεται άμεσα με τα συστήματα υγείας, είναι η εξέλιξη των φαρμάκων και η μείωση του όγκου των νοσοκομειακών μονάδων, με σκοπό να είναι πιο ευέλικτα στην περίθαλψη των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει έντονα το φαινόμενο του διαχωρισμού των συστημάτων υγείας παροχής υπηρεσιών στις Η.Π.Α., με τα πιο συνηθισμένα να είναι τα εξής:

- **Πρόσβαση των Πολιτών:** Από τα παλαιότερα και πιο χρήσιμα συστήματα ταξινόμησης, όπου διαιρεί τις νοσοκομειακές μονάδες σε κοινοτικές ή μη, σύμφωνα με το βαθμό πρόσβασης των ασθενών στα νοσοκομεία.
- **Ιδιοκτησιακό Καθεστώς:** Ένας τύπος ταξινόμησης, που γίνεται με βάση το ιδιοκτησιακό καθεστώς ή του ελέγχου της πολιτικής που εφαρμόζεται, για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων
- **Διάρκεια Παραμονής των Ασθενών:** Με βάση την μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, τα νοσοκομεία ταξινομούνται σε βραχείας ή μακράς νοσηλείας. Τα βραχείας, εμφανίζουν μέσο όρο νοσηλείας λιγότερο των 30 ημερών, ενώ τα νοσοκομεία μακράς νοσηλείας, εμφανίζουν μέσο όρο περισσότερο από 30 ημέρες.
- **Αριθμός Νοσηλευτικών Κλινών:** Τα νοσοκομεία ομαδοποιούνται, σύμφωνα με τον αριθμό των κλινών όπου διαθέτουν, ξεκινούν από 6 έως 25 κλίνες, ενώ μπορούν να φτάσουν στις 500 και άνω κλίνες.
- **Βαθμός Πιστοποίησης:** Οι νοσοκομειακές μονάδες, ταξινομούνται ως πιστοποιημένα ή μη, ανάλογα με τον τρόπο που συμμορφώνονται, από τη νομοθεσία και τους κανόνες των συστημάτων υγείας της χώρας.
- **Βαθμός Εκπαίδευσης:** Η δυνατότητα για παροχή εκπαίδευσης ή μη, αποτελεί μια βασική ταξινόμηση στον τομέα των νοσοκομειακών μονάδων. Τα νοσοκομεία τα οποία παρέχουν και εκπαίδευση, συμμετέχουν ενεργά στην επιμόρφωση των γιατρών, μέσω του προγράμματος των ειδικοτήτων που προσφέρονται.
- **Κάθετη ολοκλήρωση:** Τα νοσοκομεία ταξινομούνται ανάλογα με την κάθετη ολοκλήρωση, σε κέντρα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. βρίσκεται στα όρια της κατάρρευσης, αφού τα έξοδα συνεχώς αυξάνονται και αποτελούν δυσβάστακτο βάρος για τον οικονομικό προϋπολογισμό των οικογενειών, των επιχειρήσεων και του κράτους. Το υπουργείο οικονομικών, δαπανά περίπου 1.7 τρισεκατομμύρια δολάρια, περισσότερο από το 15% του

προϋπολογισμού της, για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών, αλλά δεν καταφέρνουν να εξασφαλίσουν, τις βασικές και αναγκαίες παροχές υπηρεσιών υγείας. Οι συνολικές δαπάνες των συστημάτων, θεωρούνται ως η βασική απειλή για τη σταθερότητα της οικονομίας των Η.Π.Α. Προκειμένου να μπορέσει να επιβιώσει το σύστημα υγείας, πρέπει να ληφθούν σοβαρά και δραστικά μέτρα, τα οποία θα προσφέρουν μια βασική ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη στο μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών, θα ελέγχουν τα κόστη των συστημάτων υγείας και θα καταστήσουν την πρόληψη, σαν κύρια προτεραιότητα για τον τομέα της υγείας.

Η Καλιφόρνια είναι η πολιτεία που έχει τους περισσότερους ανασφάλιστους πολίτες, με σύνολικό αριθμό 6 εκατομμυρίων, ενώ το Τέξας έχει περίπου 5 εκατομμύρια ανασφάλιστους. Ο βασικός λόγος για τον οποίο οι πολίτες δεν επιθυμούν να ασφαλιστούν, είναι το ύψος των ασφαλιστρών, όπου ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος των ατομικών χρεοκοπιών. Στους εργαζόμενους, η υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη, αυξήθηκε κατά 70%, ενώ ταυτόχρονα οι μισθοί αυξήθηκαν μόνο 15%. Η υπόσχεση της κυβέρνησης ότι θα συνεργαστεί με το Κογκρέσο, προκειμένου να ελέγξει την αύξηση του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και των δαπανών υγείας, δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ.

Κατά τη διάρκεια των ετών, 2004 έως το 2008, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία και την αγορά συνταγογραφημένων φαρμάκων, αυξήθηκαν κατά 15%. Οι εργαζόμενοι, παρέμειναν σχεδόν αβοήθητοι, αφού οι περισσότερες από τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, δεν προσφέρουν ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη. Από το 2008 έως το 2014, η συμβολή των εργαζομένων στα συστήματα υγείας, αυξήθηκε κατά 125%, ενώ των εργοδοτών κατά 75%. Οι Η.Π.Α. δαπανά για υγειονομική κάλυψη κατά κεφαλήν, 2.5 φορές περισσότερα σε σχέση με το μέσο όρο των ανεπτυγμένων κρατών, που προσφέρουν άριστη υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη, αλλά η χώρα βρίσκεται στην 30η θέση όσον αφορά το προσδόκιμο όριο επιβίωσης, στην 40η θέση για τη βρεφική θνησιμότητα και στην 35η θέση, στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας. Το συνολικό κόστος για την υγειονομική κάλυψη αυξήθηκε μεταξύ του 2004 και του 2005, κατά 8%, δηλαδή, τέσσερις φορές περισσότερο από τον πληθωρισμό που υπήρχε την περίοδο εκείνη.

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α., οδηγεί περίπου το 30% των πολιτών να έχουν οικονομικό πρόβλημα στην απόκτηση κάποιας μορφής ασφαλιστικής υγειονομικής κάλυψης, μεγαλύτερο δηλαδή ποσοστό, από τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Οι ανισότητες αυτές, οφείλονται στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση που επικρατεί και χαρακτηρίζουν έντονα το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. Οι αφροαμερικανοί, συνεχίζουν να διαθέτουν τους μεγαλύτερους δείκτες θνησιμότητας από τις χρόνιες ασθένειες, σε σχέση με κάθε άλλη κοινωνική ομάδα, στις Η.Π.Α., καθώς επίσης και ο αριθμός της βρεφικής θνησιμότητας των πολιτών αυτών, είναι διπλάσιος σε σύγκριση με τον αριθμό των υπολοίπων, ενώ το προσδόκιμο όριο επιβίωσής υστερεί περίπου, κατά επτά (7) χρόνια.

3.4 Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας στις Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α., ισχύουν σε μεγάλο βαθμό για τον τομέα της υγείας, τα συστήματα ασφάλισης Medicaid και Medicare, τα οποία, καλύπτουν και αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών στη χώρα. Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας Medicare, αντιπροσωπεύει την ασφάλιση υγείας για τους πολίτες από 65 ετών και άνω. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, με ηλικία μικρότερη από τα 65 έτη, δικαιούνται την υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη Medicare, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας. Το ασφαλιστικό πρόγραμμα αυτό, βοηθά στη μείωση του κόστους της χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν καλύπτει πλήρως τις ιατρικές αμοιβές και το κόστος διάφορων υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Το υγειονομικό ασφαλιστικό πρόγραμμα Medicare, χρηματοδοτείται κυρίως από τους μισθολογικούς φόρους των πολιτών που εργάζονται και από τους εργοδότες τους. Επίσης, χρηματοδοτείται και από μηνιαία ασφάλιστρα, τα οποία αφαιρούνται από τα διάφορα επιδόματα για κοινωνική ασφάλιση. Το πρόγραμμα υγείας Medicare, διαθέτει τέσσερα βασικά μέρη, την νοσοκομειακή ασφάλιση, όπου πληρώνει για την φροντίδα νοσηλείας του ασφαλισμένου και τις υπηρεσίες που χρησιμοποιεί μετά από την νοσηλεία, την ιατρική ασφάλεια, που βοηθά στην πληρωμή των ιατρικών υπηρεσιών και προμηθειών, οι οποίες δεν καλύπτονται οικονομικά από την νοσοκομειακή ασφάλεια. Το πρόγραμμα Medicare, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών

διαθέτει την ασφάλεια Medicare A και B, έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες από ένα σύστημα υγείας και την κάλυψη των φαρμάκων, τα οποία έχουν συνταγογραφηθεί από τους γιατρούς και βοηθούν στις πληρωμές αυτών.

Το ασφαλιστικό πρόγραμμα κάλυψης Medicare, το δικαιούνται το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών που είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, αφού οι μόνιμοι κάτοικοι των Η.Π.Α. δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση του συγκεκριμένου τύπου. Οι πολίτες που ανήκουν στην παραπάνω ομάδα, δικαιούνται τις ασφαλιστικές υγειονομικές παροχές από το συγκεκριμένο πρόγραμμα υγείας, εφόσον πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- 1) Λαμβάνουν ήδη και δικαιούνται τη λήψη παροχών υπηρεσιών υγείας κοινωνικής ασφάλισης
- 2) Αν ο ίδιος ο ασφαλισμένος ή η σύζυγός του, εργάστηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, σαν δημόσιοι υπάλληλοι σε πρόγραμμα εργασίας όπου πλήρωναν τους φόρους για το υγειονομικό ασφαλιστικό πρόγραμμα Medicare.
- 3) Εάν τουλάχιστον ένας από τους εξαρτώμενους γονείς του εργαζομένου, εργάστηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κάποια κυβερνητική εργασία και πλήρωναν κανονικά τους φόρους, για το ασφαλιστικό πρόγραμμα Medicare.
- 4) Οι πολίτες που πληρούν τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις, έχουν τη δυνατότητα να εγγραφούν για την απόκτηση της συγκεκριμένης νοσοκομειακής ασφάλισης, μόνο κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων περιόδων.

Αν και το όριο της πλήρους συνταξιοδότησης δεν είναι πλέον τα 65 έτη, ο πολίτης μπορεί να εγγραφεί για τη λήψη του ασφαλιστικού προγράμματος τύπου Medicare, ενώ για δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση πριν από την ηλικία των 65, πρέπει να έχει ήδη το δικαίωμα για παροχές αναπηρίας της κοινωνικής ασφάλισης για 24 μήνες ή έχει εργαστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κυβερνητική εργασία, στην οποία πλήρωνε κανονικά τους φόρους για ασφαλιστική κάλυψη του συγκεκριμένου τύπου και ανταποκρίνεται πλήρως στις προϋποθέσεις του προγράμματος

αναπηρίας για κοινωνική ασφάλιση. Κάθε πολίτης που δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση τύπου Medicare, έχει τη δυνατότητα να εγγραφεί στο πρόγραμμα για παροχή ιατρικής ασφάλειας, πληρώνοντας ένα μηνιαίο ασφάλιστρο.

Στην περίπτωση που δεν δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση, μπορεί να αγοράσει την ιατρική ασφάλεια, χωρίς να αγοράσει όμως την νοσοκομειακή, αν είναι ηλικίας 65 ετών και άνω. Αν κάποιος δικαιούται και διαθέτει νοσοκομειακή και ιατρική ασφάλιση, μπορεί να αγοράσει το ασφαλιστικό πρόγραμμα «Medicare Advantage» και κάθε πολίτης θα δικαιούται οικονομική κάλυψη για συνταγογραφημένα φάρμακα. Όμως, αν ένας πολίτης, δεν έχει τη δυνατότητα να πληρώσει τα ασφάλιστρα για την παροχή του νοσοκομειακού προγράμματος και άλλων ιατρικών εξόδων, μπορεί να ζητήσει οικονομική βοήθεια από την Πολιτεία, όπου προσφέρει ασφαλιστικά προγράμματα για πολίτες που έχουν χαμηλά εισοδήματα. Τα συγκεκριμένα προγράμματα, μπορούν να πληρώσουν είτε το μεγαλύτερο μέρος, είτε ολόκληρα τα ασφάλιστρα του νοσοκομειακού προγράμματος τύπου Medicare, αλλά και το ποσό συμμετοχής του πολίτη, ενώ θα πρέπει να υπάρχει νοσοκομειακή ασφάλιση, ιατρική ασφάλεια και χαμηλό εισοδηματικό κριτήριο. Έτσι, τα παραπάνω ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, καλύπτουν τους πολίτες που είναι ηλικιωμένοι και ανήκουν σε χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια ή έχουν κάποιο χρόνια σοβαρό πρόβλημα υγείας. Το πρόγραμμα αυτό, λειτουργεί με την χρηματοδότηση από το κράτος και την πολιτεία, ενώ ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα επί πληρωμής, να υπάρχει μεγαλύτερη ασφαλιστική κάλυψη, αν κάποιος από τους πολίτες δεν πληρή τις παραπάνω προϋποθέσεις, να πληρώσει ένα μηνιαίο ασφάλιστρο για να τις αξιοποιήσει.

Οι Health Maintenance Organizations (HMOs), αποτελούν μια από τις βασικές μορφές φροντίδας υγείας στις Η.Π.Α., οι οποίες είναι αρκετά παλιές. Οι ερευνητές τους έχουν χαρακτηρίσει, ως ένα φτωχό και ελλειπές σύστημα υγείας, ενώ τα ασφαλιστικά νοσοκομειακά συστήματα παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους. Οι συγκεκριμένοι οργανισμοί είναι πολύ γραφειοκρατικοί και περίπλοκοι, με υψηλό λειτουργικό κόστος, αλλά από την άλλη μεριά, είναι αυτόχρηματοδοτούμενοι, στηρίζουν τα συστήματα υγείας και ελέγχουν όλα τα υπόλοιπα συστήματα στις Η.Π.Α.. Οι οργανισμοί, έχουν ένα

συγκεκριμένο και τυποποιημένο σύστημα λειτουργίας, προσφέρουν στους πολίτες υπηρεσίες υγείας επί πληρωμή, το κόστος των οποίων είναι αρκετά μικρό ανά επίσκεψη σε κάποιον από τους συμβαλλόμενους γιατρούς που ανήκουν στους οργανισμούς. Επίσης, αρκετές εταιρίες σε συνεργασία με κάποιον από τους οργανισμούς αυτούς, προσφέρουν υγειονομική και νοσοκομειακή ασφαλιστική κάλυψη, για τους εργαζομένους τους. Το συγκεκριμένο ασφαλιστικό σύστημα υγείας, δεν είναι τόσο ευέλικτο, αλλά είναι το πιο παλιό και καλά οργανωμένο.

Οι διαγνωστικά συσχετισμένες ομάδες υγείας (DRGs), αποτελούν ένα σύστημα υγείας το οποίο ταξινομεί τις περιπτώσεις των νοσοκομείων, σε μια από τις πεντακόσιες περίπου ομάδες υγείας και αποτελούν ένα ολοκληρωμένο δίκτυο μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, που παρέχει ένα σύνολο υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, τους υποστηρίζει στο οικονομικό κομμάτι και τους βοηθά ώστε να έρθουν σε επαφή άμεσα με τον γιατρό που χρειάζονται. Το τελευταίο διάστημα, εφαρμόζονται στα νοσοκομεία οι συσχετισμένες ομάδες (DRGs), αντί για το ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας τύπου Medicare, ως ένα μέρος του συστήματος πληρωμής. Τα συστήματα (DRGs) χρησιμοποιήθηκαν πρώτη φορά, το 1983, προκειμένου να καθορίσουν πλήρως το ποσό του συστήματος Medicare, που πληρώνονται τα νοσοκομεία από τους ασθενείς, καθώς και για τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι συσχετισμένες αυτές ομάδες, ελέγχουν ουσιαστικά τα συστήματα υγείας των Η.Π.Α., λειτουργούν με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και ταυτόχρονα διαφυλάσσουν τα νοσοκομεία ενισχύοντας και στηρίζοντας οικονομικά και οργανωτικά.

Ο ορισμός για το σύστημα υγείας Evidence based medicine (EBM), έχει διατυπωθεί και αφορά στην συνειδητή και συνετή χρήση της καλύτερης και αποδοτικότερης απόδειξης για την λήψη μίας απόφασης, όσον αφορά την φροντίδα ενός ασθενή. Οι ερευνητές αναφέρονται στην ολοκληρωμένη κλινική εμπειρία, κατά την οποία γίνεται χρήση των βέλτιστων και αποδοτικότερων αποδείξεων. Επομένως, το σύστημα υγείας (EBM) αποτελείται από ένα σύνολο κλινικών εμπειριών, από τις αξίες και τα ιδανικά του κάθε πολίτη και από την βέλτιστη απόδειξη κατά τη διαδικασία λήψης μίας απόφασης. Η κλινική εμπειρία, προσδιορίζει την συσσωρευμένη γνώση και την εκπαίδευση ενός γιατρού, ενώ ο ασθενής τους φέρνει αντιμέτωπους, με τις προσωπικές του και μοναδικές

προσδοκίες και ανησυχίες. Για τη βέλτιστη απόδειξη, υπάρχει σχετική κλινική μελέτη που διενεργείται, με τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων πηγών και μεθοδολογιών. Όμως, η απόδειξη δεν γίνεται να αποτελεί το μοναδικό κριτήριο στην λήψη για σωστή απόφαση, αλλά μπορεί να βοηθήσει σε αυτό, σημαντικά.

Το συγκεκριμένο μοντέλο υγείας αποκτά σημαντική αξία, αφού αποτελεί ένα μοντέλο δυναμικό και αποδοτικό για την υγεία και ταυτόχρονα προωθεί την εκπαίδευση και την εξειδίκευση. Αναφέρει ότι βασικός στόχος είναι η έγκυρη και πλήρης ενημέρωση του γιατρού, σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο κάθε ασθενής, έτσι ώστε να διερευνήσει τα υπάρχοντα δεδομένα και στοιχεία. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο, το μοντέλο υγείας (EBM), μετατρέπει την διαδικασία της εκπαίδευσης και του διαβάσματος κάνοντας σωστή χρήση της βιβλιογραφίας προς όφελος των ασθενών και βοηθά στην επέκταση της εκπαιδευτικής βάσης δεδομένων των γιατρών.

Τα βασικά στάδια του μοντέλου Evidence Based Medicine (EBM):

Περιλαμβάνει ορισμένα βασικά στάδια για την σωστή εφαρμογή σε ένα σύστημα υγείας, τα οποία είναι τα εξής:

- 1) Η αρχή στο μοντέλο αυτό, γίνεται όταν προκύπτει ένα κλινικό πρόβλημα, κατά τη διάρκεια της φροντίδας ενός ασθενούς.
- 2) Ακολουθεί η σωστή δόμηση του κλινικού προβλήματος που προκύπτει από μια συγκεκριμένη περίπτωση
- 3) Υπάρχει η επιλογή των κατάλληλων και αξιόπιστων πηγών και η διερεύνησή τους.
- 4) Η εκτίμηση των αποδείξεων ως προς την εγκυρότητα τους και τις δυνατότητες εφαρμογής.
- 5) Επιστροφή στον ασθενή για την ενοποίηση των αποδείξεων σύμφωνα με την κλινική μελέτη, δηλαδή τις προτιμήσεις του ασθενούς κατά την εφαρμογή τους στην πράξη.

- 6) Τέλος, είναι η αυτοαξιολόγηση και η εκτίμηση της δράσης, σχετικά με τον συγκεκριμένο ασθενή.

3.5 Ο Δείκτης των Συνολικών Νοσοκομειακών Δαπανών Υγείας και η πυραμίδα της «απόδειξης»

Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη που αναφέρεται στις συνολικές δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό επί της εκατό του Α.Ε.Π. για τη χώρα των Η.Π.Α., περιλαμβάνει όλες τις υγειονομικές δαπάνες των συστημάτων υγείας, όπως για παράδειγμα τις συνολικές δαπάνες υγείας όλων των νοικοκυριών, τις συνολικές κρατικές δαπάνες και το κόστος από στατιστικές μελέτες, για την ανάπτυξη νέων μεθόδων. Ο δείκτης αυτός, αποτελεί τον σημαντικότερο δείκτη που αναφέρεται στις συνολικές δαπάνες για την υγεία σε ένα σύστημα, όχι όμως και για την μέτρηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και δαπανών. Πρέπει να υπάρχει προσοχή στη μελέτη του, επειδή αν σε μια χώρα όπου η οικονομία βρισκόταν σε ύφεση, τότε το Α.Ε.Π. της προηγούμενης χρονιάς, είναι αρκετά μεγαλύτερο από αυτό της επόμενης, ενώ στην περίπτωση κατά την οποία, οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες παραμείνουν σε σταθερό επίπεδο για το διάστημα αυτό, τότε στην επόμενη χρονιά, ο δείκτης για τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του Α.Ε.Π. θα είναι αρκετά μεγαλύτερος, γεγονός που δεν ισχύει στην πραγματικότητα, με αποτέλεσμα την εξαγωγή λανθασμένων στατιστικών δεδομένων και για τον λόγο αυτό, συγκρίνεται με τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., όλες οι χώρες εμφανίζουν αύξηση στις συνολικές δαπάνες για την υγεία και το ποσοστό αύξησης των υγειονομικών δαπανών είναι διπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό αύξησης του Α.Ε.Π. των αντίστοιχων χωρών, για την χρονική περίοδο (2004 -2014).

Είναι φανερό ότι οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες, αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό σε σχέση με τον ρυθμό του Α.Ε.Π. κάθε χώρας, ενώ

εκείνη που έχει τις υψηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με το Α.Ε.Π. είναι η Γερμανία, ενώ για τις Η.Π.Α. ο συγκεκριμένος δείκτης είναι σχετικά κοντά με εκείνον του μέσου όρου των χωρών, που είναι περίπου στο 10 % του Α.Ε.Π. με τις συνολικές δαπάνες υγείας.

Το μοντέλο αυτό, εξαρτάται αποκλειστικά από τον συνολικό αριθμό των ασθενών, έτσι όταν κάποιος προσέρχεται σε ένα ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο, ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να αναγνωρίσει άμεσα το πρόβλημα του ασθενούς και να δομήσει μια σειρά από ερωτήσεις, όπου θα σχετίζονται με την συγκεκριμένη περίπτωση. Η δόμηση, πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο από τον υπεύθυνο, ώστε να καταλήξει στην σωστή κλινική περίπτωση. Αποτελείται από τέσσερα (4) συστατικά στοιχεία, τα οποία είναι τα εξής:

- 1) Ασθενής: Έχουμε τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ασθενών, όπως η ένταξη τους σε μια ομάδα με το ίδιο πρόβλημα, την ηλικία και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη σωστή διάγνωση και θεραπεία.
- 2) Παράγοντες πρόγνωσης και παρέμβασης: Σχετίζονται με το στόχο που έχει τεθεί και με τις διαδικασίες που θα ακολουθήσει ο ασθενής, για παράδειγμα, η συνταγογράφηση των φαρμάκων, διάφορα διαγνωστικά τεστ ή κάποιο χειρουργείο.
- 3) Σύγκριση: Περιλαμβάνει στοιχεία που βοηθούν στην εύρεση της βασικής εναλλακτικής λύσης σχετικά με την παρέμβαση, ενώ βοηθά στην προσπάθεια λήψης της σωστής απόφασης.
- 4) Αποτελέσματα: Σχετίζεται με τι επιδιώκεται να επιτευχθεί, όπως η μείωση των συμπτωμάτων για έναν ασθενή.

Για τη σωστή δόμηση των συγκεκριμένων συστατικών στοιχείων, είναι απαραίτητη η αναφορά στον τύπο της ερώτησης και της μελέτης. Οι βασικότεροι τύποι ερωτήσεων που σχετίζονται με τις κλινικές μελέτες, είναι η διάγνωση, η σωστή θεραπεία, η έγκυρη πρόγνωση και η τελική βλάβη για τον ασθενή. Σχετικά με τον τύπο της ερώτησης, η απάντηση δίνεται από την πυραμίδα της απόδειξης που θα παρουσιαστεί στη συνέχεια.

Τα βασικά στάδια για την πυραμίδα της απόδειξης είναι τα εξής:

- Οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες
- Η μελέτη συγκεκριμένων μονάδων ασθενών
- Μελέτες για τον έλεγχο κάθε περίπτωσης ξεχωριστά
- Αναφορά των περιπτώσεων και της σειράς αυτών
- Έρευνα και κλινικές μελέτες

Στην βάση της πυραμίδας, υπάρχουν ορισμένες πληροφορίες που ξεκινούν συνήθως από μια ιδέα ή μια κλινική έρευνα. Στη συνέχεια, οι ιδέες αυτές ή οι έρευνες γίνονται φαρμακευτικές αγωγές και διαγνωστικά πρότυπα, ελέγχονται από συγκεκριμένα εργαστηριακά μοντέλα και ύστερα σε πειραματικό στάδιο, ελέγχονται πάνω σε ζώα και αν τελικά είναι αποδοτικά, στους ασθενείς. Ο έλεγχος των φαρμακευτικών αγωγών στους ασθενείς, ξεκινά πρώτα σε εθελοντές και ύστερα υπάρχει μια σειρά από μελέτες, πριν αυτές διατεθούν στον γενικό πληθυσμό. Έπειτα, ακολουθείται μια σειρά από ελεγχόμενες δοκιμές, ώστε να ελεγχθούν η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της φαρμακευτικής αγωγής ή της θεραπείας. Όσο ανεβαίνει προς τα επάνω στην πυραμίδα της απόδειξης, ο όγκος για τη διαθέσιμη βιβλιογραφία μειώνεται, αυξάνεται όμως η σχετικότητα των πληροφοριών με τις κλινικές εφαρμογές και πρακτικές.

Η βέλτιστη απόδειξη για τα θέματα που αφορούν τη θεραπεία ενός ασθενούς, είναι οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, όπου πρόκειται για προσεκτικά σχεδιασμένες μελέτες, οι οποίες αναφέρονται στα αποτελέσματα μιας θεραπείας ή διάγνωσης σε ασθενείς. Επίσης, περιλαμβάνουν και μεθοδολογίες που μειώνουν τις πιθανότητες για μεροληψία των γιατρών ενώ επιτρέπουν την σύγκριση σχετικά με τις ομάδες παρέμβασης και τις ομάδες ελέγχου. Σχετικά με το θέμα που αφορά την απόδειξη των διαγνωστικών ερωτήσεων, βρίσκεται ακόμα σε κλινικές δοκιμές, στις οποίες συγκρίνονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν, με ένα πρότυπο συγκεκριμένων προδιαγραφών, που αποτελεί σημείο αναφοράς.

Στις μελέτες ομάδων ασθενών, βρίσκονται συνήθως οι αποδείξεις για αιτιολογία και κάποια βλάβη που προκύπτει. Οι έρευνες αυτές έχουν σαν δείγμα, ένα αρκετά μεγάλο μερίδιο του πληθυσμού, ενώ παρακολουθούν

και εξετάζουν ασθενείς με παρόμοια κατάσταση υγείας ή ασθενείς που τους εφαρμόζεται μια συγκεκριμένη θεραπεία. Έπειτα, τους συγκρίνουν με μια ομάδα που δεν διαθέτει παρόμοια κατάσταση υγείας, όμως η μελέτη μιας συγκεκριμένης ομάδας ασθενών δεν είναι τόσο αξιόπιστη, όσο η μελέτη ενός τυχαίου ελέγχου δείγματος, αφού οι ομάδες που συμμετέχουν στην έρευνα, είναι λογικό να διαφοροποιούνται εξαιτίας πολλών παραγόντων, που δεν σχετίζονται με την έρευνα.

Στις μελέτες ελέγχου ανά περίπτωση, πρόκειται για ασθενείς με παρόμοια κατάσταση υγείας και συγκρίνονται με εκείνους όπου παρουσιάζουν διαφορετική κατάσταση, ενώ δεν είναι τόσο αξιόπιστες όπως αυτές των ομάδων ασθενών που αναφέρθηκαν. Οι αναφορές των περιπτώσεων και οι σειρές περιπτώσεων, αναφέρονται σε θεραπείες που εφαρμόστηκαν για διαφορετικούς ασθενείς και αφού δεν χρησιμοποιούν τις ομάδες ελέγχου για την σωστή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, δεν είναι καθόλου στατιστικά αξιόπιστες.

Στις συστηματικές ανασκοπήσεις, τονίζεται συνήθως ένα κλινικό θέμα ή μελέτη που απαντά σε μια συγκεκριμένη ερώτηση. Οι μελέτες αυτές, αξιολογούνται με βάση ορισμένα προκαθορισμένα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η μετά-ανάλυση, αποτελεί ένα πιο εξελιγμένο στάδιο, καθώς χρησιμοποιούνται στατιστικές τεχνικές, οι οποίες προσδιορίζουν τα αποτελέσματα των μελετών για τα συστήματα, στον τομέα της υγείας. Στις κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά την κλινική πράξη και μελέτη, αναφέρονται μια σειρά από ανακοινώσεις, που αναπτύχθηκαν προκειμένου να βοηθήσουν τους προμηθευτές υγείας και τους ασθενείς, να πάρουν τις σωστές και πιο αποδοτικές αποφάσεις, όσον αφορά στην φροντίδα υγείας. Επίσης, αναφέρονται και αξιολογούνται το σύνολο των αποδείξεων που πρέπει να ακολουθούνται στις μελέτες, για τα συστήματα υγείας.

Την πιο διαδεδομένη μέθοδο για τα συστήματα (EBM), αποτελούν οι κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες δεν είναι σύγχρονο φαινόμενο. Από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα της υγείας, έχουν αναπτυχθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποιούνται συνέχεια για έρευνες, ενώ ένα φαινόμενο που αποτελεί καινοτομία, είναι η μεγάλη

έμφαση που δίνεται στη συστηματικότητα των συστημάτων υγείας και στις υπηρεσίες που παρέχουν τα συστήματα αυτά.

Από το 1990 και έπειτα, οι κατευθυντήριες οδηγίες σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, έχουν συνδεθεί με έννοιες, όπως για παράδειγμα το κόστος για την υγεία, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η καθολικότητα στην ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στα νοσοκομεία, ενώ φαίνεται ότι κάθε ομάδα που συμμετέχει ενεργά στα συστήματα υγείας της χώρας, εξέφρασε τις δικές της προσδοκίες και ανησυχίες, για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών. Οι βασικότεροι λόγοι και αιτίες που οδήγησαν στην αυστηρή εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών στο τομέα της υγείας, αποτελούν η ραγδαία αύξηση του συνολικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, η άσκοπη χρήση των διαθέσιμων πόρων και η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κατά τον σχεδιασμό τους οι οδηγίες που θα εφαρμοστούν, πρέπει να είναι αξιόπιστες και αμερόληπτες, προκειμένου να εφαρμοστούν στις κλινικές μελέτες.

3.6 Ανακεφαλαίωση

Η αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από την αύξηση των δαπανών για τη χρηματοδότησή του, αλλά μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, όπου θα κάνουν το σύστημα υγείας πιο ευέλικτο και θα μειώσουν το κόστος λειτουργίας. Η περίπτωση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας της πολιτείας της Μασαχουσέτης, αποτελεί παράδειγμα μίας επιτυχημένης εφαρμογής τέτοιων αλλαγών. Οι ερευνητές, προσπάθησαν να μελετήσουν την επίδραση της επιβολής της σημαντικότερης μεταρρύθμισης που εφαρμόστηκε τα τελευταία χρόνια σε μια πολιτεία των Η.Π.Α. με διάφορους παράγοντες μέτρησης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.

Ο στόχος της εφαρμογής της μεταρρύθμισης της Πολιτείας της Μασαχουσέτης, όπου αποτελεί το πιο σημαντικό παράδειγμα αλλαγών όσον αφορά τα συστήματα Υγείας στις Η.Π.Α., ήταν η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και στις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες, δεν πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις, για να μπορούν να

απολαμβάνουν τα οφέλη των ιδιωτικών και δημοσίων ασφαλιστικών προγραμμάτων, που χρηματοδοτούνταν από κρατικούς φορείς, τα Medicaid και Medicare ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Η μεταρρυθμιση στόχευε κυρίως στον ενεργό πληθυσμό της χώρας, δηλαδή στο εργατικό δυναμικό, ηλικίας έως και 65 ετών.

Οι νοσοκομειακές μονάδες υγείας, λειτουργούν με βάση κάποια συγκεκριμένα ποιοτικά δεδομένα και σε σχέση με την ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα, τις νοσοκομειακές υποδομές, το προσωπικό και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο που σχετίζεται άμεσα με τα συστήματα υγείας, είναι η εξέλιξη των φαρμάκων και η μείωση του όγκου των νοσοκομειακών μονάδων, με σκοπό να είναι πιο ευέλικτα στην περίθαλψη των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.

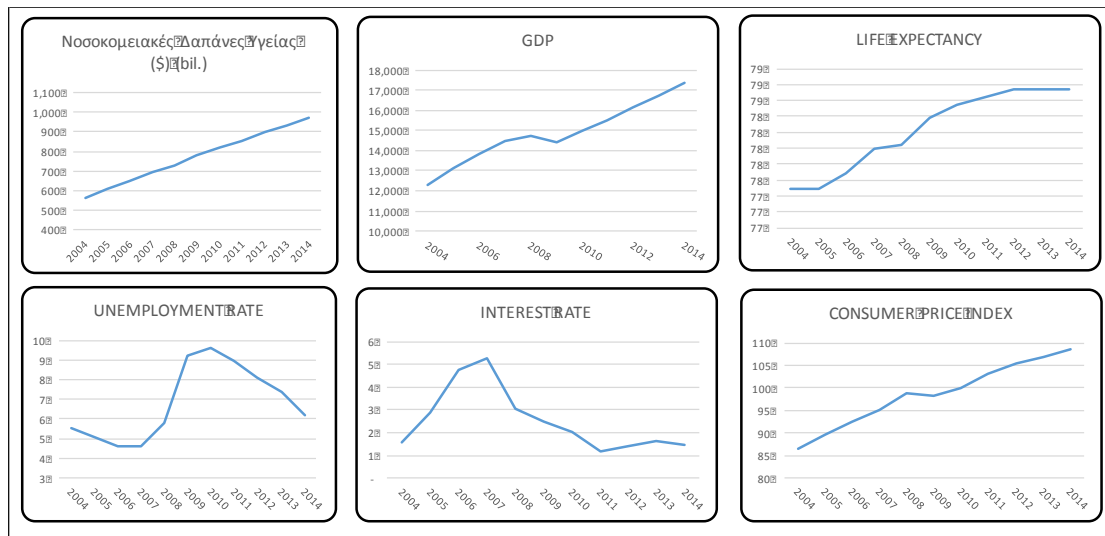
4.1 Εισαγωγή

Στο Κεφάλαιο αυτό γίνεται εμπειρική διερεύνηση της συμπεριφοράς των Συνολικών Νοσοκομειακών Δαπανών Υγείας των Η.Π.Α. σε σχέση με διάφορες Μακροοικονομικές μεταβλητές, προκειμένου να διαπιστωθεί από ποιούς παράγοντες επηρεάζεται η εξέλιξή τους. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες μεταβλητές: ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Επιτόκιο και Δείκτης Ανεργίας.

4.2 Παρουσίαση των Δεδομένων

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, αφορούν τη χρονική περίοδο 2004 με 2014 για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ελήφθησαν από την ιστοσελίδα <https://data.worldbank.org>. Οι τιμές των μεταβλητών, Συνολικές Νοσοκομειακές Δαπάνες Υγείας και ΑΕΠ εμφανίζονται σε δισεκατομύρια δολλάρια, το Πρωσδόκιμο Ζωής είναι σε έτη, ο Δείκτης Ανεργίας και το Επιτόκιο είναι ποσοστά και τέλος ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή δεν έχει μονάδες μέτρησης και έχει υπολογιστεί θέτοντας ως σημείο αναφοράς το έτος 2010 δίνοντας σε αυτό την τιμή 100.

Στο παρακάτω Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζονται οι τιμές όλων των μεταβλητών διαχρονικά για τα έτη 2000 έως 2014. Αξίζει να σημειωθεί η ανοδική τάση των μεταβλητών: ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής καθώς και του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, οι οποίες ακολουθούν την τάση των Συνολικών Νοσοκομειακών Δαπανών, η οποία θα χρησιμοποιηθεί ως εξαρτημένη μεταβλητή.



Διάγραμμα 4.1
Γραφική Παράσταση Εξεταζόμενων Μεταβλητών

Στην αρχή κάθε στατιστικής ανάλυσης δεδομένων είναι σύνηθες να μελετώνται κάποια περιγραφικά μέτρα τα οποία θα βοηθήσουν τον αναλυτή να ερμηνεύσει τα αποτελέσματά που προκύπτουν. Ο Πίνακας 4.1 παρουσιάζει κάποια από τα βασικά περιγραφικά μέτρα για όλες τις μεταβλητές που θα χρησιμοποιηθούν παρακάτω:

Περιγραφικά Μέτρα	Νοσοκομειακές Δαπάνες Υγείας (\$) (bil.)	ΑΕΠ	Προσδόκιμο Ζωής	Δείκτης Ανεργίας	Επιτόκιο	Δείκτης Τιμών Καταναλωτή
Μέση Τιμή	772.92	14869.24	78.23	6.83	2.50	98.61
Τυπικό Σφάλμα	40.93	457.89	0.15	0.57	0.42	2.15
Διάμεσος	778.10	14718.58	78.39	6.17	2.00	98.74
Τυπική Απόκλιση	135.74	1518.65	0.51	1.90	1.38	7.14
Συντελεστής Κύρτωσης	-1.24	-0.35	-1.57	-1.63	0.31	-0.94
Συντελεστής Ασυμμετρίας	-0.05	0.01	-0.44	0.31	1.17	-0.27
Εύρος	406.40	5118.18	1.25	5.01	4.09	21.95
Ελάχιστο	565.40	12274.93	77.49	4.62	1.16	86.62
Μέγιστο	971.80	17393.10	78.74	9.63	5.25	108.57
Άθροισμα	8502.10	163561.67	860.49	75.08	27.54	1084.69
Πλήθος	11	11	11	11	11	11

Το ενδιαφέρον του Πίνακα 4.1 εστιάζεται στην τυπική απόκλιση και στο εύρος τιμών των παρατηρήσεων των μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, το Επιτόκιο και ο Δείκτης Ανεργίας εμφανίζουν μεγάλη μεταβλητότητα ενώ στον αντίποδα η μεταβλητή Προσδόκιμο Ζωής δείχνει σχεδόν μηδενική τυπική απόκλιση.

4.3 Ανάλυση των Δεδομένων

Με σκοπό την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης όπου ως εξαρτημένη χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή Συνολικές Νοσοκομειακές Δαπάνες Υγείας, ενώ για εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές: ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Επιτόκιο και Δείκτης Ανεργίας. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του πακέτου data analysis του Excel, το οποίο για την εκτίμηση των παραμέτρων εφαρμόζει τη Μέθοδο Ελαχίστων Τετραγώνων (OLS).

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συντελεστές</i>	<i>Τυπικό Σφάλμα</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>	<i>R Square</i>
ΑΕΠ	0,087	0,007	12,936	0,000	94,90%
Προσδόκιμο Ζωής	260,35	21,043	12,373	0,000	94,45%
Δείκτης Τιμών Καταναλωτή	18,82	0,877	21,455	0,000	98,08%
Επιτόκιο	-53,00	27,502	-1,927	0,086	29,21%
Δείκτης Ανεργίας	40,98	19,513	2,100	0,065	32,89%

Πίνακας 4.2
Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.2, οι μεταβλητές ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή είναι στατιστικά σημαντικές με μεγάλο συντελεστή προσδιορισμού. Πιο αναλυτικά, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, οι προαναφερθέντες μεταβλητές έχουν τιμές P-value μικρότερες από 0,05. Αντίθετα, οι μεταβλητές Επιτόκιο και Δείκτης Ανεργίας είναι στατιστικά σημαντικές μόνο σε επίπεδο σημαντικότητας 10%. Ακόμα, εφαρμόστηκε ένα πολλαπλό υπόδειγμα

μόνο με τις τρεις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές (ΑΕΠ, Προσδόκιμο Ζωής, Δείκτης Τιμών Καταναλωτή), το οποίο παρότι είχε πολύ υψηλή τιμή του συντελεστή προσδιορισμού, παρουσίασε πρόβλημα πολυσυγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών.

4.4 Συμπεράσματα

Σε ένα σύστημα υγείας η παραγωγικότητα και οι δαπάνες υγείας σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους κάτι το οποίο φαίνεται από τη στατιστική σημαντικότητα του συντελεστή του ΑΕΠ. Παράλληλα, όταν το προσδόκιμο ζωής των πολιτών αυξάνεται, τότε υπάρχει αύξηση του μέσου όρου ζωής της χώρας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για αύξηση των δαπανών, γενικότερα στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται από το πρόσημο και την τιμή συντελεστή της μεταβλητής Προσδόκιμο Ζωής. Τέλος, η αύξηση στα επίπεδα του πληθωρισμού συνεπάγεται την αύξηση του κόστους δαπανών για λόγους περίθαλψης υγείας, κάτι το οποίο φαίνεται από το πρόσημο του συντελεστή της μεταβλητής Δείκτης Τιμών Καταναλωτή. Συνοψίζοντας, η παρούσα διπλωματική εργασία αναπτύσσει ένα μοντέλο συσχέτισης μεταξύ των συνολικών δαπανών των συστημάτων υγείας και του ευρύτερου μακροοικονομικού περιβάλλοντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

REXFORD E. SANTERRE. STEPHEN P. NEUN. Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία. Προοπτική & Συστηματική Μελέτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

ΓΙΑΝΝΗΣ Ν. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ. Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης & Πολιτικής Υγείας. Αθήνα: Τυπωθήτω.

OLIVIER BLANCHARD. Μακροοικονομική Μελέτη (5^η Έκδοση). Αθήνα: Επίκεντρο.

A. THOMPSON JR. A. J. STRICKLAND III. JOHN E. GAMBLE. Σχεδιασμός και Υλοποίηση Επιχειρησιακής Στρατηγικής. Η Αναζήτηση Ανταγωνιστικού Πλεονεκτήματος. Αθήνα: Utopia.

DAVID N. WELL. BROWN UNIVERSITY. Οικονομική Μεγέθυνση. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

DORNBUSCH R. & FISCHER S., Μακροοικονομική Μελέτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

MANKIW N. G., Μακροοικονομική Θεωρία (4^η Έκδοση). Αθήνα: Τυπωθήτω.

MANKIW N. G., Αρχές της Οικονομικής Θεωρίας. Τόμος Β. Αθήνα: Τυπωθήτω.

ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1999). Οικονομικά της Υγείας (2^η Έκδοση). Αθήνα: Παπαζήση.

ΓΙΑΝΝΕΛΗΣ Δ. (2003). Εισαγωγή στη Μακροοικονομική Θεωρία.
KATZ M. L. ROSEN H. S., Μικροοικονομική Ανάλυση (3^η Έκδοση). Αθήνα: Επίκεντρο.

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ.. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Τόμος Α. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

ΑΓΙΑΚΛΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ (1992). Empirical Evidence on Dickey Fuller Type Tests.

Ο' HIGGINS M., Health Spending: A Way to Sustainable Growth.

WILLIAMS A., USA Health Economics.

OECD. Financing and Delivering Health Care. A comparative Analysis of OECD Countries.

OECD. (2006). Projecting of OECD Health and Long Term Care Expenditures (OECD Economics Department Working Papers).

NEWHOUSE J. P., Medical Care Expenditure. A Cross National Survey.

SINGER B. H. & MANTON K. G., The Effects of Health Changes on Projections of Health Service Needs for the Elderly Population of the United States. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.

YAMARONE R. (2012). The Trader's Guide to Key Economic Indicators.

GERDTHAM. Econometric Analysis of Health Expenditure. A Cross Sectional Study of the OECD Countries.

ESTEVE V. SANCHIS J., Estimating the Substitutability Between Private and Public Consumption.

CLEMENTE J., On the International Stability of Health Care Expenditure Functions. Government and Private Functions Similar.

CREMIEUX PIERRE. OUELETTE PIERRE & PILON CAROLINE. Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. Health Economics.

CYLUS J. MLADOVSKY F. & MCKEE M., There is a Statistical Relationship Between Economic Crises and Changes in Total Government Health Expenditures Growth.

ALPER E. A O'MALLEY T. & GREENWALD J., Hospital Discharge.

ANELL ANDERS & W. Michael. International Comparison of Health Care Systems Using Resource Profiles. World Health Organizations.

BENZION URI & GAFNI AMIRAM. Evaluation of Public Investment in Health Care. Is the Risk Irrelevant ?, Journal of Health Economics.

KOLSTAD J. & KOWALSKI A., The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care. Evidence from United States.

MINH QUANG DAO. Government Expenditure and Growth in Developing Countries. Progress in Development Studies.

OKUNADE & MURTHY. Technology as a Major Driver of Health Care Costs.

PARKER S. & WONG R., Household Income and Health Care Expenditures in USA.