



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΖΗΚΟΣ ΤΣΑΝΑΚΑΣ

**ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ
ΜΟΡΦΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΖΗΚΟΣ ΤΣΑΝΑΚΑΣ

ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΜΟΡΦΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Επιβλέπων Καθηγητής : Βλάσσης Ιωάννης
Τίτλος Όνομα : Καθηγητής Βλάσσης Ιωάννης

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

HEALTH MANAGEMENT



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ZIKOS TSANAKAS

**GLOBAL BUDGET
FINANCING FORM OF HOSPITALS**

**Dissertation presented to the faculty of the
University of Piraeus in fulfillment of the requirements for the degree of
M.Sc. in Health Management**

Piraeus, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη συμβολή του στην εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου ευχαριστώ θερμά τον Καθηγητή μου κ. Ιωάννη Βλάσση για την αμέριστη συμπαράσταση και την ηθική συμβολή η οποία ήταν και είναι ανεκτίμητη. Τον Καθηγητή μου κ. Θ. Παπαηλία του οποίου η συμβολή κατά τη διάρκεια των σπουδών μου ήταν καθοριστική.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αγαπημένο φίλο και συνάδελφο συμφοιτητή μου Γιάννη Ποντικό, ο οποίος με στήριξε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών όταν έπρεπε να συνδυάσω με τον πλέον δυνατό τρόπο τις επαγγελματικές μου υποχρεώσεις και τις σπουδές.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με σκοπό τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης πρότασης που αφορά στη μεταρρύθμιση και αναδιοργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, διερευνούνται αναλυτικά και επισταμένα οι επικρατέστερες μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων που εφαρμόζονται στις ανεπτυγμένες χώρες.

Οι θεωρητικές και έμπρακτες διαπιστώσεις συγκλίνουν σε κοινές πολιτικές χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Αυτές, χωρίς να συνδέονται απαραίτητα με τις εκάστοτε κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας, εστιάζονται σε μηχανισμούς και κριτήρια, τα οποία κατευθύνουν την κατανομή και διαχείριση των νοσοκομειακών πόρων ανάλογα με το παραγόμενο έργο της κάθε νοσηλευτικής μονάδας.

Οι πηγές του προέρχονται από:

- α. Τους Εθνικούς Λογαριασμούς του ΟΟΣΑ, (1960-1990)
- β. Τους Εθνικούς Λογαριασμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, (1960-1990)
- γ. Τους Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1973-1990).
- δ. Το νομοθετικό και διαχειριστικό πλαίσιο σχετικά με τη χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων στην Ελλάδα από Υπουργείο Οικονομικών, Εμπορίου και Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1922 -1990).
- ε. Απολογιστικά στοιχεία, οικονομικά και νοσηλευτικά από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού "Κοργιαλένιο - Μπενάκειο" Αθηνών, (1960 - 1990).

Η μεθοδολογία της έρευνας στηρίχτηκε, σε πρώτη φάση, στην εκτίμηση της διαχρονικής εξέλιξης των μακροοικονομικών μεγεθών της χώρας (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν, Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν Υγείας, τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας), που συσχετίζονται με τον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στη δεύτερη φάση, δημιουργούνται αντίστοιχοι μικροοικονομικοί δείκτες. Η σύγκριση και ανάλυση των παραπάνω σχετικών δεικτών έγινε μετά από αποπληθωρισμό των τιμών τους με το γενικό δείκτη τιμών του ΑΕΠ, εκφρασμένο σε σταθερές τιμές του 1970.

Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας που προκύπτουν από τα επιμέρους αποτελέσματα είναι τα εξής :

- Η απουσία ορθολογικής οικονομικής πολιτικής τιμολογήσεων της νοσοκομειακής

φροντίδας στην Ελλάδα έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία τεράστιων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς.

- Η παρουσία νοσοκομειακών ελλειμμάτων ενδυνάμωσε την εξάρτηση των νοσοκομείων από την Κεντρική Διοίκηση και κατά συνέπεια, οδήγησε στον αποκλεισμό της αυτοδιαχείρισης των οικονομικών τους πόρων.

- Η αντικατάσταση του ρόλου της Κοινωνικής Ασφάλισης σαν πηγή χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης από τον κρατικό προϋπολογισμό.

- Η έλλειψη οποιασδήποτε πολιτικής ελέγχου των νοσοκομειακών δαπανών, σύμφωνα με πρακτικές που εφαρμόζονται στο διεθνή χώρο.

- Η απουσία κριτηρίων αξιολόγησης που να αποβλέπουν στον ποιοτικό και ποσοτικό έλεγχο του παραγόμενου νοσοκομειακού προϊόντος.

- Τέλος, η αλόγιστη κατασπατάληση των νοσοκομειακών πόρων επηρεάζει αρνητικά την ορθολογική κατανομή τους, με συνέπεια να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στο σύνολο της εθνικής οικονομίας της χώρας μας.

Με βάση τα προηγούμενα αποτελέσματα, η πρόταση εστιάζεται:

α) στην καθιέρωση της προβλεπόμενης ετήσιας σφαιρικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων, η οποία να βασίζεται στην αξιολόγηση της δραστηριότητας του νοσοκομείου και να χρησιμοποιεί σαν κριτήριο διαμόρφωσής της τον υπολογισμό του κόστους της φροντίδας υγείας ανά Ομοιογενή Διαγνωστική Κατηγορία (Diagnosis Related Groups).

β) στη δημιουργία ενός φορέα Δημόσιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης

γ) στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου της Κοινωνικής Ασφάλισης ως πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων

δ) στον καθορισμό ενός ενιαίου νομοθετικού πλαισίου χρηματοδότησης, στην τροποποίηση του ισχύοντος λογιστικού συστήματος, την υλοποίηση ενός οργανωμένου νοσοκομειακού συστήματος πληροφόρησης, στην εισαγωγή σύγχρονων τεχνικών-διαχείρισης (management), στη συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα νοσοκομειακής περίθαλψης με σκοπό τη δημιουργία κλίματος εσωτερικού ανταγωνισμού των νοσοκομείων, σε εθνικό επίπεδο, στην εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου της ιατρικής τεχνολογίας για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών καθώς ποιοτικών και ποσοτικών κριτηρίων αξιολόγησης των ενδιάμεσων και τελικών παραγόμενων νοσοκομειακών αγαθών και υπηρεσιών.

Τέλος, θεωρείται βέβαιο, ότι η συγκεκριμένη δέσμη προτάσεων μπορεί να αποτελέσει ένα θετικό ερέθισμα για την πολιτική και επιστημονική κοινότητα με σκοπό

την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας των δημοσίων νοσοκομείων, χωρίς παράλληλα να μεταλλάσσεται ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος της χώρας μας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Λέξεις κλειδιά: σύστημα χρηματοδότησης, σφαιρική χρηματοδότηση

Graduate: Zikos Tsanakas
Thesis: “Global Budget”
for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece
Supervisor: Dr Ioannis Vlassis

Abstract

With the purpose to configure a particular proposal that has to do with the reformation and reorganization of the hospital care finance system, we have researched in an analytical way the dominant methods of hospital finance that are applied in developed countries.

The theoretical findings converge on a common tactful of hospital financing. These findings, without being connected with every country’s social, economic, political and cultural particularities, focus on mechanisms and criteria that direct hospital’s income distribution and management according to the piece of work of every treatment unit.

Our data consist of:

- a. The National Accounts of OECD, (1960-1990)
- b. The National Accounts of Greece from the National Statistic Service, (1960-1990)
- c. The Social Budgets of the Ministry of Health, (1973-1990)
- d. A legislative review of price policy on hospital financing in Greece from the Ministry of Economics, Commerce and Health, (1922-1990)
- e. Economic, nursing, administrative data from RED Cross General Hospital in Athens

This research methodology was based first of all upon the country’s macroeconomic measurements (Gross Domestic Product, Gross domestic Health Product, Public Health Expense), which relate on hospital care sector. In the second phase we have created microeconomic indicators. The main conclusions that come up from that particular research are as follows:

- The absence of a rational economic policy in price fixing of hospital care in Greece has resulted in enormous deficits in hospital budgets.
- Hospital deficits have generated hospital’s dependency on the Central Authority and consequently they have prevented hospitals from a self-management role of their financial resources.

- The role of Social Security as a finance source of hospital care was substituted by national budget.
- The lack of policy control of hospital expenditures according to international practices.
- The lack of evaluation criteria that focus on qualitative and quantitative control of hospital product.
- The uncontrolled absorption of the resources in the hospital sector influences adversely their rational allocation and as a consequence the national economy of our country.

Having as a base the above results, our proposal is focused upon:

1. The Global Budget hospital financing system by using payment and evaluation criteria of the Diagnosis Related Groups
2. The creation of a public hospital Care
3. The re-determination of the Social Security role
4. A single legislative frame of finance, the modification of the accounting system, an organized hospital information system, technical management and of course a collaboration between public and private hospital sector in order to create internal competition.

Finally, it is certain that these particular proposals may compose a positive factor for the political and scientific society with the purpose to upgrade public hospital health services without changing health's social character.

Key words: finance system, global budget

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΙΣΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας	18
1.1.1 Η φύση του αγαθού υγείας	18
1.1.2 Η κρατική παρέμβαση	19
1.1.3 Η κυριαρχία του καταναλωτή	19
1.1.4 Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα	20
1.1.5 Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας	20
1.1.6 Η προκλητή ζήτηση	21
1.2 Μορφές συστημάτων υγείας	22
1.3 Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	23
1.4 Διαμόρφωση του νοσοκομειακού κόστους	25
1.5 Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης	25
1.5.1 Μηχανισμοί χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης	25
1.6 Εναλλακτικές μορφές οργάνωσης & χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	28
1.6.1 Εισροές – εκροές του νοσοκομειακού συστήματος	28
1.7 Προϋπολογισμοί	28
1.7.1 Είδη προϋπολογισμών	29
1.8 Προϋπολογιστικός έλεγχος (Budgetary control)	30
1.9 Κλινικός προϋπολογισμός (Clinical budgeting)	31
1.10 Διαχείριση πόρων	32
1.11 Προϋπολογισμός κόστους ασθενή κατά περίπτωση	33
1.12 Σύγχρονη τεχνολογία & νοσοκομείο	34
2. ΟΙ ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	39
2.1 Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης στις ΗΠΑ	
Μελέτη των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών	39
2.1.1 Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση	39

2.1.2 Η επίδραση της εκ των προτέρων πληρωμής στο κόστος της φροντίδας υγείας	40
2.1.3 Η επίδραση της εκ προτέρων πληρωμής στην ποιότητα της φροντίδας υγείας	41
2.2 Προσδιορισμός του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας	43
2.3 Εργαλεία αξιολόγησης των νομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών	45
2.4 Ποιοτικός έλεγχος	46
2.5 Έλεγχος στη χρησιμοποίηση των μέσων	46
3. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ. Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	48
3.1 Χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα στη Γαλλία	48
3.2 Ανασκόπηση των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων της νοσοκομειακής περίθαλψης στη Γαλλία	50
3.2.1 Ο νόμος Debre	50
3.2.2 Ο νοσοκομειακός νόμος (La Loi Hospitaliere)	50
3.3 Ο τομέας ασφάλισης υγείας στη Γαλλία	53
3.4 Κριτική των μεταρρυθμίσεων	54
3.5 Ο νόμος της νοσοκομειακής μεταρρύθμισης του 1983	55
3.6 Η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση	57
3.7 Η μεταρρύθμιση στη διαχείριση	58
4. ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	61
4.1 Διαχρονική εξέλιξη και ανάλυση των μακροοικονομικών δεικτών	61
4.1.1 Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν	61
4.1.2 Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν υγείας	63
4.2 Δημόσιες δαπάνες υγείας	66
5. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ	72
6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	77
6.1 Πηγές & διαδικασία χρηματοδότησης των νοσοκομείων	77
6.2 Το λογιστικό σχέδιο των ΝΠΔΔ	78
6.3 Ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων, προβληματισμοί-κριτική	78
6.4 Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης	79

6.4.1 Μηχανισμοί – κριτήρια χρηματοδότησης	79
6.4.2 Κατανομή & σύνθεση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών	80
6.5 Η μέτρηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων	85
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	σελ.
Πίνακας 1: Ποσοστό μεταβολής των δαπανών υγείας στη Γαλλία	48
Πίνακας 3: Διαχρονική εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα (1960-1990)	62
Διάγραμμα 1: Ετήσιο ποσοστό μεταβολής του ΑΕΠ στην Ελλάδα σε τρέχουσες & σταθερές τιμές (1970)	63
Πίνακας 4: Ποσοστό δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ	63
Πίνακας 5: Διαχρονική εξέλιξη του ΑΕΠ υγείας στην Ελλάδα (1960-1990) ..	65
Διάγραμμα 2: Ποσοστό ετήσιας μεταβολής του ΑΕΠ υγείας σε τρέχουσες & σταθερές τιμές 1970 (1960-1990)	65
Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ & υγείας (1960-1990)...	66
Πίνακας 6: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	67
Πίνακας 7: Ετήσια ποσοστιαία αύξηση των μακροοικονομικών δεικτών	68
Πίνακας 8: Ποσοστά συμμετοχής επί των δημοσίων δαπανών υγείας	69
Πίνακας 9: Ποσοστιαία σύνθεση των εσόδων των δημοσίων νοσοκομείων	82
Διάγραμμα 4: Ποσοστιαία σύνθεση των εσόδων των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας	82
Πίνακας 9.1: Ποσοστιαία μεταβολή των νοσηλίων στα έσοδα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών	83
Πίνακας 9.2: Ποσοστιαία μεταβολή της κρατικής επιχορήγησης	84
Πίνακας 10: Ποσοστιαία σύνθεση των εξόδων των δημοσίων νοσοκομείων (1973-1990)	85
Διάγραμμα 5: Ποσοστιαία σύνθεση των εξόδων των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας (1973-1990)	85
Πίνακας 11: Εισροές & εκροές στα δημόσια νοσοκομεία (1981 & 1987)	87

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημαντικότητα και η πολυπλοκότητα του υγειονομικού τομέα είναι διεθνώς αποδεκτή, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται σε κάθε χώρα ως ένας από τους πιο σύνθετους κλάδους της Κοινωνικής Προστασίας. Η διερεύνηση του όμως εξακολουθεί να παραμένει δύσκολη, γιατί πολλοί παράγοντες, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην διευκρίνιση των αιτιών της επέκτασης του, προέρχονται από τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας. Ιδιαιτερότητες πολιτιστικές, ιστορικές, κοινωνικοοικονομικές, οι οποίες ενισχύουν τη σημαντικότητα του αλλά ταυτόχρονα συντελούν στη δημιουργία διαφοροποιήσεων μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των διαφόρων χωρών.

Κοινός παρονομαστής των εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η ταχεία αύξηση των δαπανών του σε σχέση με την αντίστοιχη οικονομική πρόοδο.

Οι δαπάνες υγείας κατέχουν τη δεύτερη θέση κατά σειρά προτεραιότητας-το 25%- μεταξύ των κοινωνικών δαπανών και το 15% περίπου του συνόλου των δημοσίων δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ.

Ο μεγάλος ρυθμός ανόδου των δαπανών υγείας είχε ως αποτέλεσμα την κατανάλωση ενός μεγάλου τμήματος των εθνικών πόρων από τον τομέα υγείας.

Στα πλαίσια σχεδιασμού μιας κοινής πολιτικής υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ υπήρξε σύγκλιση όλων των προτεραιοτήτων στην ανεύρεση μεθόδων ελέγχου του κόστους, για τους εξής λόγους: πρώτον, γιατί οι δείκτες υγείας ενός πληθυσμού δεν συσχετίζονται με την κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, γεγονός που αποδεικνύεται από τη στασιμότητα που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ, παρά τις υψηλές δαπάνες που διαθέτουν. Επομένως, η συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας δεν επιφέρει την αναμενόμενη βελτίωση της παραγωγικότητας του υγειονομικού συστήματος. Δεύτερον, γιατί το ποσοστό δαπανών υγείας, που διατίθεται σε κάθε χώρα, δεν συσχετίζεται με τον βαθμό της κρατικής συμμετοχής στη χρηματοδότηση και στην παροχή των ιατρικών φροντίδων αλλά με το επίπεδο του εθνικού εισοδήματος.

Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη (δημόσια και ιδιωτική) αποτελούν το μεγαλύτερο και με ταχύτερο αυξανόμενο ρυθμό τμήμα των δαπανών υγείας. Στις αρχές της δεκαετίας του '70, οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης ξεπερνούσαν το 50% του συνόλου των δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ και στις αρχές της δεκαετίας του '80 έφθαναν το 54% περίπου. Η μέση τιμή των δημοσίων δαπανών για νοσοκομειακή

περίθαλψη τη δεκαετία του '80 κυμαίνονταν περίπου στο 54,2% και ο ρυθμός αύξησης τους παρουσίαζε κατά 40% μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης από την αντίστοιχη του πληθωρισμού.(ΟΟΣΑ, 1987).

Η σύγκριση των νοσοκομειακών δαπανών μεταξύ των διαφόρων χωρών είναι δύσκολη, γιατί υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη σύνθεση και προέλευση τους. Η δυσκολία στη σύγκριση έγκειται στις ιδιαιτερότητες της δομής του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας. Χαρακτηριστικότερα παραδείγματα, που προκύπτουν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας είναι:

Ο διαφορετικός τρόπος παροχής της νοσοκομειακής περίθαλψης μακράς νοσηλείας σε ειδικά ή βραχείας νοσηλείας νοσοκομεία, η ένταξη ή μη των νοσοκομειακών γιατρών στο νοσοκομειακό σύστημα, που πηγάζει κυρίως από τον τρόπο αμοιβής τους ή ακόμα το γεγονός ότι σε πολλές χώρες, οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρωτοβάθμια) προσφέρονται στα Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων (Σουηδία, ΗΠΑ, Ολλανδία, Αγγλία) ενώ σε άλλες χώρες (Γερμανία, Ελβετία) δεν παρέχεται εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στα νοσοκομεία.

Άλλη μία ουσιαστική διαφορά είναι ότι άλλες χώρες στις νοσοκομειακές δαπάνες αναφέρουν μόνο τις δημόσιες και όχι τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες.

Γίνεται φανερό επομένως ότι οι έντονες αυτές διαφοροποιήσεις συντελούν στο να αμφισβητείται κάθε σύγκριση ως προς τους δείκτες κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης π.χ. ως προς την κατά κεφαλή νοσοκομειακή δαπάνη, ως προς τη δαπάνη ανά κλίνη, τη δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας, τη δαπάνη κατά εισαγωγή (per admission) και κατά συνέπεια επηρεάζουν άμεσα τη μέση διάρκεια νοσηλείας ανά ασθενή. Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι πρωταρχική αιτία των σημαντικών αυτών διαφοροποιήσεων, ως προς το κόστος γενικά της νοσοκομειακής περίθαλψης, είναι ο τρόπος οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας και των πολιτικών υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις τους από χώρα σε χώρα, είναι η συγκράτηση του κόστους (cost containment). Όλες οι σύγχρονες πολιτικές υγείας, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, στοχεύουν στη συγκράτηση όχι μόνο του επί μέρους κόστους των υπηρεσιών υγείας αλλά και στον έλεγχο των δαπανών υγείας, δημοσίων και ιδιωτικών. Ο έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες υγείας επιβάλλεται, εξαιτίας της συνεχούς και ανεξέλεγκτης αύξησης τους, που έχει σαν συνέπεια τη στέρηση δημοσίων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς. Στον ιδιωτικό τομέα, εξαιτίας της διαρκούς αύξησης των τιμών των υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνεται η οικονομία στο σύνολό της. Στην Ολλανδία, Βέλγιο,

Ομοσπονδιακή Γερμανία, Γαλλία πακέτα οικονομικών μεταρρυθμίσεων αφορούν τον έλεγχο των δαπανών, κυρίως των δημοσίων αλλά επηρεάζουν και τις ιδιωτικές. Στον Καναδά εφαρμόζεται κεντρικός έλεγχος, που ασκείται διά μέσου του συστήματος του σφαιρικού προϋπολογισμού.

Στις Η.Π.Α εξαιτίας της μικρής κρατικής παρέμβασης και κυρίως της έλλειψης κοινωνικής προστασίας « ευρωπαϊκού τύπου», ο έλεγχος του κόστους και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας γίνεται βασικά με τη συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο κόστος (cost-sharing), η οποία εμφανίζεται με τις άμεσες ή έμμεσες πληρωμές (co-payments) ή με την ελεύθερη επιλογή του χρήστη-καταναλωτή (consumer choice) ή και με τον ανταγωνισμό (competition) (Ginsburg,1988).

Σήμερα, οι ανεπτυγμένες χώρες αναζητούν μεθόδους ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας και την κυριαρχία στην αύξηση των δαπανών. Η πολιτική υγείας των διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών συγκλίνει σε κοινές στρατηγικές συγκράτησης του κόστους που αναφέρονται:

1. Σε επεμβάσεις στην οργάνωση και ανάπτυξη του συστήματος υγείας.
2. Σε επεμβάσεις στα επαγγέλματα υγείας.
3. Στον έλεγχο των ιατρικών πράξεων.
4. Στον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, με βάση τις σύγχρονες οικονομικές αναλύσεις για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας.
5. Στην εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων.
6. Σε μεταρρυθμίσεις στους μηχανισμούς χρηματοδότησης των επί μέρους ιατρικών πράξεων, του ιατρικού δυναμικού, των υγειονομικών μονάδων αλλά και σε μακροεπίπεδο ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος.

Συμπερασματικά, οι δημογραφικές και επιδημιολογικές εξελίξεις, η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας, οι επίμονες προσπάθειες ελέγχου της προσφοράς, της ζήτησης, του υψηλού κόστους των υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνεχής διακίνηση ιδεών και η ανταλλαγή εμπειριών αποτελούν τα βασικά και κοινά χαρακτηριστικά των υγειονομικών συστημάτων των ανεπτυγμένων χωρών. Τα χαρακτηριστικά αυτά δημιουργούν ένα ευρύ ιδεολογικό κίνημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας και προτρέπουν στην αναζήτηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας τους.

Στοιχεία ανταγωνισμού συμβάλλουν ουσιαστικά στον καθορισμό σημαντικών οικονομικών και διαρθρωτικών προσαρμογών, που συντελούνται με μεγάλη εξελικτικότητα και υπαγορεύονται από ανάλογες μεταρρυθμίσεις. Αυτές αναφέρονται σε

κοινωνικοοικονομικές καινοτομίες που μεταφέρονται και προσαρμόζονται στο ποικιλόμορφο περιβάλλον της κάθε χώρας, χωρίς να τροποποιούν τη δομή του συστήματος υγείας της καθώς και τη θεωρητική ακεραιότητά του. Κοινή πεποίθηση αποτελεί ότι οποιαδήποτε απαιτούμενη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας, βασισμένη στην εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων και τεχνικών οργάνωσης και διαχείρισης, λειτουργεί καταλυτικά και συμβάλει στην ριζική αναμόρφωσή του.

Οι σύγχρονες απαιτήσεις και διερευνήσεις με σκοπό τη διαμόρφωση μιας εθνικής πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, εναρμονισμένης με τη διεθνή πρακτική και εμπειρία, εντοπίζονται κατά προτεραιότητα στο σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και ιδιαίτερα, της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας

Η διεθνής εμπειρία παρουσιάζει μια πολυμορφία στη σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης των κοινωνικών δαπανών. Βασικές πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας αποτελούν σ' όλες τις χώρες οι εισφορές των ασφαλισμένων, των εργοδοτών και του κράτους.

Η δομή όμως και γενικότερα η φιλοσοφία και η ιστορική εξέλιξη του εκάστοτε υγειονομικού συστήματος επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση του, έχει δε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ποικιλίας μεθόδων χρηματοδότησης.

Εκτός από τη φιλοσοφία δόμησης ενός συστήματος υγείας υπάρχει κι ένας αριθμός άλλων παραγόντων, που επηρεάζει άμεσα τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι βασικότεροι παράγοντες είναι οι εξής:

- η φύση του αγαθού “υγεία”.
- ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης
- η κυριαρχία του καταναλωτή
- το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα
- η ζήτηση υπηρεσιών υγείας
- η προκλητή ζήτηση

1.1.1 Η φύση του αγαθού υγεία

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 υποστηρίχτηκε έντονα από μια ομάδα οικονομολόγων, όπως τον Lees (1961), τους Jewkes J. και S. (1961,1964), τον Wiseman J. (1963) και άλλους, ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό και θα μπορούσε να αφεθεί στις δυνάμεις της αγοράς προκειμένου να επιτευχθεί μια ορθολογική κατανομή των πόρων της (Υφαντόπουλος, 1988).

1.1.2 Η κρατική παρέμβαση

Η αναγνώριση του αγαθού “υγεία” ως κοινωνικού αγαθού είχε ως συνέπεια την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να διατηρηθούν ορισμένες ηθικές κοινωνικές αξίες που αντλούν την προέλευση τους από το

“ Κράτος – Πρόνοια”.

Ένα υγειονομικό σύστημα, το οποίο διέπεται ολοκληρωτικά από τους νόμους της “αγοράς” είναι σίγουρο ότι θα οδηγηθεί σε έντονες μονοπωλιακές τάσεις. Η υπέρμετρη προσφορά υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζει την ύπαρξη ενός μονοπωλίου με κύρια χαρακτηριστικά τις υψηλές τιμές και τις ανισότητες, ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο έλεγχος των τιμών επιτυγχάνεται μόνο με κρατική παρέμβαση, της οποίας κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι υποστηρίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης. Μόνο το κράτος θα μπορούσε να αντιτάξει σ’ αυτές τις μονοπωλιακές τάσεις ένα άλλο μονοπώλιο, με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα ασφάλισης ή ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Η διεθνής εμπειρία μας έχει διδάξει ότι ο τρόπος, ο βαθμός και η έκταση του κρατικού παρεμβατισμού διαφοροποιείται σημαντικά από χώρα σε χώρα και κατ’ επέκταση επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα (OECD, 1990).

1.1.3 Η κυριαρχία του καταναλωτή

Γενικά στην οικονομία η κυριαρχία του καταναλωτή (consumer sovereignty) βασίζεται στην γνώση από μέρους του καταναλωτή της αγοράς και στην ελεύθερη επιλογή του. Στον υγειονομικό τομέα, η αγορά υπηρεσιών υγείας δεν υπακούει στους νόμους της κλασικής οικονομικής θεωρίας, προσφοράς και ζήτησης. Επομένως δεν υπάρχει κυριαρχία του καταναλωτή, γιατί απουσιάζει από την πλευρά του η γνώση και η πληροφόρηση.

Ο σημαντικότερος παράγοντας που συμβάλλει σ’ αυτήν την ιδιαιτερότητα του υγειονομικού τομέα είναι η μονοπωλιακή θέση, που κατέχει το ιατρικό σώμα στο σύστημα υγείας, λόγω του αποκλειστικού δικαιώματος στη διανομή υπηρεσιών υγείας. Ο χρήστης – καταναλωτής εκφράζει την ανάγκη και ο γιατρός διατυπώνει την επιστημονική του απόφαση.

1.1.4 Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα

Η κοινή ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική εδραίωσης και επέκτασης του κράτους-πρόνοιας στον τομέα υγείας ξεκίνησε με μια σειρά από νέες και σύγχρονες αντιλήψεις για την κοινωνική φροντίδα του πολίτη και ολόκληρων κοινωνικών ομάδων, ενώ παράλληλα βελτίωνε τις “παραδοσιακές” μορφές κοινωνικής προστασίας.

Η σύγχρονη άσκηση κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνει παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας, στην κοινωνική ασφάλιση, στην προστασία των πολιτών, των ηλικιωμένων και άλλων μειονεκτούντων ομάδων του πληθυσμού αλλά ακόμα και παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για την προστασία των εργαζομένων.

Η σταθερά θεμελιωμένη αντίληψη της σύγχρονης κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία σε κάθε μια από αυτές τις χώρες ενός κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Θεμελιωτής της κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται ο λόρδος **Beveridge**, ο οποίος με τη δημοσίευση της αναφοράς του το 1942 στην Αγγλία, επεσήμανε την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που θα απέβλεπε στην ανακατανομή του εθνικού εισοδήματος, θα κάλυπτε τον πληθυσμό από πιθανούς κινδύνους (ασθένεια, ανεργία, γήρας κ.τ.λ.), στον τομέα δε της υγείας θεωρούσε απαραίτητη τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος (Σκουτέλης, 1990).

Το ασφαλιστικό σύστημα μιας χώρας είναι στενά συνδεδεμένο με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας της χώρας αυτής. Γι' αυτό το λόγο παρατηρείται το φαινόμενο, χώρες που έχουν ένα δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα να παρέχουν σχεδόν πλήρη κάλυψη στον πληθυσμό τους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν υψηλό ποσοστό δαπανών υγείας, ενώ χώρες με ασφαλιστικό σύστημα, που βασίζεται στον ιδιωτικό τομέα, να επιτείνουν τις κοινωνικές ανισότητες σε βάρος ορισμένων μειονεκτούντων κατηγοριών του πληθυσμού.

Σήμερα, κάθε χώρα έχει αναπτύξει το δικό της υγειονομικό σύστημα και τις δικές της ρυθμίσεις υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Τα ποσοστά κάλυψης κυμαίνονται γύρω στο 70% στην Ολλανδία, 90% στην Ομοσπονδιακή Γερμανία και 100% στο Βέλγιο, Γαλλία, Ιταλία, Αγγλία κ.ά.

1.1.5 Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, ως προς τον όγκο ή τη σύνθεση των ζητούμενων υπηρεσιών, επηρεάζει άμεσα και τη χρηματοδότηση τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας αποτελεί η ύπαρξη ανάγκης πραγματικής ή μη και εκφρασμένης ή όχι.

Ο χρήστης - καταναλωτής αναθέτει την επιλογή στο γιατρό κι αυτός καθορίζει τον όγκο και την αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σ' αυτήν την περίπτωση ισχύει ο μηχανισμός της αντίστροφης επιλογής (adverse selection).

Η εκφραζόμενη ζήτηση όμως δεν ανταποκρίνεται πάντα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του χρήστη - καταναλωτή αλλά διαμορφώνεται και από πολλούς παράγοντες, που συντελούν σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος,1990) και οι οποίοι είναι :

- Δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, προσδόκιμο επιβίωσης, επίπεδο υγείας) κ.ά.
- Κοινωνικοί (εκπαίδευση, επάγγελμα, πολιτιστικό επίπεδο, θρήσκευμα κ.ά.)
- Οικονομικοί (εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση)
- Επιδημιολογική (θνησιμότητα, νοσηρότητα)
- Η γεωγραφική, χωροταξική κατανομή του πληθυσμού.
- Η προσπελασιμότητα, η διαφήμιση - πληροφόρηση, ο απαιτούμενος χρόνος για τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κ.ά.

Σήμερα η αγορά υπηρεσιών υγείας σ' όλες τις αναπτυγμένες χώρες είναι πολύπλοκη και κυριαρχείται από μεγάλες ομάδες με τεράστια συμφέροντα. Ο τρόπος "εμπλοκής" και συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στο υγειονομικό σύστημα, η πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών υγείας επιφέρουν σημαντικές μεταβολές στη ζήτηση των υπηρεσιών και κατ' επέκταση στη θεσμική δομή του κάθε συστήματος. Καμιά όμως οργανωτική μεταρρύθμιση ή μεταβολή στην υπάρχουσα ισορροπία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν θα μεταβάλει τη φύση της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η αγορά των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιόρρυθμη και δε λειτουργεί όπως οι ανταγωνιστικές αγορές αγαθών και υπηρεσιών.

Οι βασικότερες ιδιορρυθμίες της εντοπίζονται στην έλλειψη κυριαρχίας στην αγορά του καταναλωτή και στην ύπαρξη της προκλητής ζήτησης.

1.1.6 Η προκλητή ζήτηση

Ο Evans το 1974 απέδειξε ότι ο όγκος και η σύνθεση των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή αλλά σχετίζονται με την επιθυμία του γιατρού να προσεγγίσει ένα επιδιωκόμενο εισόδημα.

Ο Maynard το 1983 αναφέρει ότι ο γιατρός είναι αυτός που «καθορίζει» τη ζήτηση και «ελέγχει» την προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, αποδέχεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να ναφερθεί ότι η έλλειψη οικονομικών κινήτρων, για εξοικονόμηση πόρων από την πλευρά του ιατρικού σώματος, συναντάται κυρίως σε

συστήματα υγείας, στα οποία η φροντίδα υγείας έχει μηδενική τιμή τη στιγμή που παρέχεται, εφόσον η κάλυψη της δαπάνης γίνεται από κάποιον τρίτο, τον ασφαλιστικό οργανισμό. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται το πρόβλημα της ηθικής βλάβης με συνέπεια την υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας και γενικότερα την αναποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος.

1.2 Μορφές Συστημάτων Υγείας.

Οι “κλασικές μορφές”, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, είναι οι εξής τρεις :

1. Το πρότυπο του Beveridge 1948 (Beveridge model) του οποίου αντιπροσωπευτική χώρα είναι η Ιταλία και η Μεγάλη Βρετανία με το National Health Service.

Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- α. πλήρη κάλυψη του πληθυσμού.
 - β. Χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας (κρατικού προϋπολογισμού)
 - γ. ο έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών ανήκει στο κράτος.
2. Το πρότυπο Bismark 1883 (Bismark model) ονομάζεται και πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γαλλία και τη Γερμανία.

Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- α. πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
 - β. η χρηματοδότηση του γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
 - γ. η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.
 - δ. η δημόσια ή ιδιωτική κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών.
3. Το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης με αντιπροσωπευτική χώρα τις ΗΠΑ.

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του είναι τα εξής :

- α. η ελεύθερη επιλογή του χρήστη - καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα.
- β. οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες.
- γ. η ατομική ή εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.

Η παραπάνω καταγραφή του χώρου υγείας των αναπτυγμένων χωρών δεν σημαίνει ότι σε κάθε χώρα από αυτές δεν υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες. Παράλληλα όμως

έχει γίνει από κοινού αποδεκτό ότι η εγκαθίδρυση αγοράς υπηρεσιών υγείας πλήρους ανταγωνισμού αποτελεί εγχείρημα ανέφικτο με κίνδυνο να μετατραπούν οι μηχανισμοί συλλογικής κάλυψης και κοινωνικής αλληλεγγύης, πολιτιστική κληρονομιά και ιδιαιτερότητα του Ευρωπαϊκού χώρου (OECD, 1988)

Σήμερα, με την προοπτική της ενοποίησης της Ευρώπης του '92, παρατηρούμε σημαντικές συγκλίσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων ως προς τη δομή τους. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η επικράτηση των μικτών συστημάτων υγείας με τη μορφή των συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης ή Εθνικών Συστημάτων (Γείτονα, 1991), όπως για παράδειγμα χώρες με ιδιωτικού τύπου παροχή υγείας αλλά υπό εθνικό σχεδιασμό και προγραμματισμό όπως η Γερμανία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία ή χώρες με συνύπαρξη ιδιωτικού και δημοσίου Τύπου παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά υπό εθνικό (ενιαίο) προγραμματισμό και κοινωνικό έλεγχο π.χ. η Γαλλία ή ακόμη χώρες που δοκιμάζουν ένα εθνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που συνυπάρχει με τον ιδιωτικό τομέα και τον ανταγωνίζεται π.χ. Πορτογαλία, Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Ιταλία.

Συμπερασματικά, κατά την τρέχουσα δεκαετία διαφαίνεται ότι όλα τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών θα στραφούν προς ένα κοινό ιδεολογικό πλαίσιο που συνιστά τον **ελεγχόμενο ανταγωνισμό** (managed competition). Ο Τύπος αυτός του ανταγωνισμού που ήδη χαρακτηρίζει τους τομείς υγείας πολλών χωρών διερευνά το σημείο εξισορρόπησης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας καθώς και του πλήρους κρατικού παρεμβατισμού και άκρατου φιλελευθερισμού (Κυριόπουλος, 1991).

1.3 Πηγές Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας

Έχει γίνει από κοινού αποδεκτό ότι η μορφή του υγειονομικού συστήματος επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση του καθώς επίσης, ότι μια μεταρρύθμιση στον τρόπο χρηματοδότησης του πιθανά μπορεί να επιφέρει και αλλαγή της οργανωτικής του δομής. Γενικά τα συστήματα καθολικής κάλυψης χρηματοδοτούνται από τη φορολογία, σε αντίθεση με τα συστήματα που στηρίζονται σε οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και αντλούν τους πόρους τους από εισφορές εργοδοτών και των εργαζομένων. Κοινό χαρακτηριστικό των ευρωπαϊών εργαζομένων είναι ότι πληρώνουν ένα ποσοστό από το ακαθάριστο εισόδημά τους, δηλαδή πριν αυτό φορολογηθεί. Για τους εργαζόμενους, οι ασφαλιστικές εισφορές κατανέμονται μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων με

διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής.

Για παράδειγμα, στη Δυτική Γερμανία, με ποσοστό κάλυψης 100%, οι ασφαλιστικές εισφορές μοιράζονται εξίσου μεταξύ των δύο μερών, ενώ στη Γαλλία επιβαρύνονται περισσότερο οι εργοδότες. Ένα 10% περίπου των ελεύθερων επαγγελματιών υψηλής οικονομικής στάθμης αποκλείονται από την κοινωνική ασφάλιση και κατευθύνεται υποχρεωτικά σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Στην Ολλανδία, το 50% του πληθυσμού της ασφαρίζεται υποχρεωτικά, ενώ το 20% (επί συνόλου κάλυψης 70%) έχει το δικαίωμα να επιλέγει τον φορέα ασφάλισης του. Στη Γαλλία, με κάλυψη 100%, τα δικαιώματα για την ασφάλιση υγείας αρχίζουν, αφού έχει προηγηθεί σύμβαση εργασίας τους τρεις τελευταίους μήνες, πριν την ημερομηνία της ασθένειας. Σημαντική είναι η διαπίστωση του Forsyth, ο οποίος χαρακτηριστικά αναφέρει "το βασικότερο κοινό χαρακτηριστικό των ευρωπαϊκών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, δε είναι το ποσοστό του πληθυσμού που δικαιούται αυτά τα δικαιώματα αλλά ο τρόπος με τον οποίο τα αποκτούν αυτοί που τα δικαιούνται".

Σήμερα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι ασφαλιστικές εισφορές καλύπτουν τους άμεσα ασφαλισμένους και τα εξαρτώμενα από αυτούς μέλη με μικρές διαφοροποιήσεις. Οι εισφορές αυτές καλύπτουν χρηματικές παροχές εξαιτίας της απουσίας τους από την εργασία λόγω ασθένειας, το κόστος για νοσοκομειακή περίθαλψη και για παροχές ιατρικών φροντίδων. Γενικά η παροχή υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι δωρεάν κατά το χρόνο παροχής τους.

Εξάιρεση αποτελούν η Γαλλία και το Βέλγιο, όπου ισχύει το καθεστώς της άμεσης πληρωμής από το χρήστη - καταναλωτή και ακολουθεί η πληρωμή από το ασφαλιστικό του Ταμείο. Το καθεστώς αυτό της άμεσης πληρωμής έχει σαν συνέπεια τη δημιουργία βοηθητικών ασφαλιστικών οργανισμών - συνασφάλιση-(mutualités) θεσμός, ο οποίος αμφισβητείται και στον οποίο το 50% των ήδη ασφαλισμένων ανατρέχει για να καλύψει το υποχρεωτικό ποσοστό - 20% - που αφορά την άμεση πληρωμή. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 1983 από τις 23 χώρες - μέλη του, οι 20 παρείχαν κατά 95% δημόσια ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού τους για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Συμπερασματικά η διεθνής εμπειρία έχει να παρουσιάσει σαν πηγές από τις οποίες αντλούνται οι οικονομικοί πόροι για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας τις εξής:

1. Την κοινωνική ασφάλιση (μέσω εισφορών).
2. Την κρατική επιχορήγηση (μέσω φορολογίας).
3. Τις ιδιωτικές δαπάνες.

4. Διάφορες άλλες πηγές (πρόσοδοι, δωρεές κ.α.).

1.4 Διαμόρφωση του Νοσοκομειακού Κόστους

Στην επίπονη προσπάθεια των χωρών του ΟΟΣΑ να ελέγξουν την αύξηση των δαπανών υγείας και να επιτύχουν τη μέγιστη αξιοποίηση των πόρων με το ήδη υπάρχον επίπεδο δαπανών, πολλά από αυτά τα κράτη πρόσφατα τροποποίησαν τις διαδικασίες χρηματοδότησης τους. Προτού όμως αναφερθούν οι παραδοσιακές και σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, θα ήταν σκόπιμο να καταγραφούν οι πρωταρχικοί παράγοντες, που συντείνουν στη διαμόρφωση του νοσοκομειακού κόστους και οι οποίοι είναι:

- η τοποθεσία του νοσοκομείου (κεντρικό - περιφερειακό)
- το είδος του νοσοκομείου (γενικό - ειδικό)
- η δυναμικότητα
- το ποσοστό κάλυψης κλινών
- η μέση διάρκεια νοσηλείας
- ο συνολικός αριθμός απασχολούμενων
- ο αριθμός νοσηλευθέντων
- το κόστος εργαστηριακών εξετάσεων
- το σύνολο προσωπικού ανά κλίνη
- οι νοσηλευθέντες ανά απασχολούμενο προσωπικό
- το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας.

Οι παραπάνω δείκτες αναφέρονται και σαν δείκτες παραγωγικότητας, γιατί εκτός από τη διαμόρφωση του κόστους μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τη μέτρηση των εκροών (output) των νοσηλευτικών μονάδων σε σχέση πάντα με την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

1.5 Η χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής Περίθαλψης

1.5.1 Μηχανισμοί χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής περίθαλψης

Έχει υπολογισθεί ότι οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονται περίπου στο 60% του συνόλου των δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι γνωστότεροι και επικρατέστεροι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι οι εξής :

Ημερήσιο νοσήλιο

Ο κλασικός τρόπος χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα είναι το ημερήσιο νοσήλιο (per diem). Υπολογίζεται από το κλάσμα, που έχει αριθμητή το σύνολο των δαπανών του νοσοκομείου και παρονομαστή το συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας.

Το ημερήσιο νοσήλιο είναι το αντίτιμο που πληρώνει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου ή ο ασφαλιστικός του φορέας για κάθε ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο. Στον προσδιορισμό της τιμής του περιλαμβάνονται όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται στον ασθενή, δηλαδή διαγνωστικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές κ.ά.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης εγκαταλείπεται λόγω του ότι δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό προϊόν του νοσοκομείου και λόγω των πληθωριστικών του τάσεων. Διεθνώς έχει αρχίσει η αντικατάσταση του από σύγχρονες μεθόδους και τεχνικές χρηματοδότησης.

Ο τύπος από τον οποίο προκύπτουν τα έσοδα των νοσοκομείων είναι ο εξής :

$$R = \boxed{\begin{array}{c} P \\ \text{(Per Diem)} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} N \\ \text{(Αριθμός Ασθενών)} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{Μέση} \\ \text{Διάρκεια} \\ \text{Νοσηλείας} \end{array}}$$

Όπου R= έσοδα του νοσοκομείου

P (per diem) = προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας

N(ασθενών) = ο αριθμός των νοσηλευθέντων επί τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Από τον παραπάνω τύπο συνεπάγεται ότι το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης επηρεάζεται από τον αριθμό των νοσηλευθέντων, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας.

Ανάλογα με τον τρόπο που διαμορφώνεται η τιμή του νοσηλίου συναντάται με τρεις μορφές:

1. Κλειστό νοσήλιο

Το κλειστό νοσήλιο διαμορφώνεται μετά από συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφορά ένα πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν από τη νοσηλευτική μονάδα στον ασθενή μέσα στην ημέρα αυτή (Γεννηματά και συν, 1991).

Τις μεγαλύτερες επιθέσεις έχει υποστεί το κλειστό νοσήλιο, λόγω των πληθωριστικών πιέσεων που προκαλεί, για το λόγο ότι το νοσοκομείο το μόνο κίνητρο που έχει για να αυξήσει τα έσοδα του είναι η παράταση της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών.

2. Ευλόγιστο ή σπαστό νοσήλιο

Αποτελεί παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου. Ένα μέρος αυτού είναι δεδομένο και

σταθερό, ενώ το κόστος μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων, την ιατρική ειδικότητα και διαγνωστική ομάδα και στηρίζεται στη λογική ότι άλλη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες.

3. Ανοικτό νοσήλιο

Το ανοικτό νοσήλιο διαμορφώνεται από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας. Το σταθερό κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους αφορά τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό αφορά το είδος της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον κάθε νοσηλευόμενο, ανάλογα με τις ανάγκες του και συνήθως καταβάλλεται με τον τρόπο πληρωμής κατά πράξη και περίπτωση (fee for service).

Συμπερασματικά, σήμερα έχει αποδειχθεί ότι ο μηχανισμός χρηματοδότησης με βάση το ημερήσιο νοσήλιο θεωρείται πληθωριστικός και ενέχεται για τα πιο κάτω μειονεκτήματα:

1. Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου και έχει σαν συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών.
2. Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί ταυτίζεται περισσότερο με τις ημέρες νοσηλείας, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο παράγων “φιλοξενία” (παραμονή) σε σχέση με την καθ’ αυτήν παροχή ιατρικών φροντίδων.
3. Η τιμή ημέρας έχει αποδειχθεί πληθωριστική με την έννοια ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας.
4. Τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα.

Σφαιρικός Προϋπολογισμός (Global Budget)

Ο Σφαιρικός Προϋπολογισμός, όπως έχει επικρατήσει να ονομάζεται στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από την ετήσια εκ των προτέρων (a priori) πληρωμή μιας συνολικής, σφαιρικής, χρηματοδότησης των λειτουργιών του Νοσοκομείου και από μια κοινή δράση όλων των υπευθύνων στη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού.

Περιλαμβάνει δύο βασικές μεταρρυθμίσεις:

- α. Τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση.
- β. Τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση.

Η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση αφορά κυρίως την εκ των προτέρων συνολική πληρωμή του Νοσοκομείου, ενώ η μεταρρύθμιση στη διαχείριση περιλαμβάνει τη νέα κατάτμηση της οργανωτικής δομής του και τη συμμετοχή των διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στη κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.

Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης εφαρμόζεται κυρίως σε χώρες που έχουν εθνικά

συστήματα υγείας και ακόμα στην Γαλλία, στον Καναδά και πειραματικά στη Γερμανία και Ελβετία.

Τα έσοδα των νοσοκομείων υπολογίζονται από τον τύπο:

$$B_t = B_{t-1}(1 + \mu)$$

όπου: B_t = ο προϋπολογισμός του επόμενου έτους

$B_{t-1}(1 + \mu)$ = ο προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους συν την ανάλογη αύξηση, αναπροσαρμογή των τιμών λόγω πληθωρισμού.

1.6 Εναλλακτικές Μορφές Οργάνωσης και Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας

1.6.1 Εισροές – Εκροές του Νοσοκομειακού Συστήματος

Η αξιολόγηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων επιτυγχάνεται με τη μέτρηση εισροών και εκροών τους. Σήμερα η διεθνής βιβλιογραφία χρησιμοποιεί για τη μέτρηση νοσοκομειακών δεικτών όρους και τεχνικές, οι οποίες κατέχουν κυρίαρχο ρόλο στο νοσοκομειακό σύστημα. Οι όροι αυτοί είναι:

- **Οι εισροές (inputs)** αναφέρονται στους πόρους που χρησιμοποιούνται, για να παραχθεί κάτι, όπως οικονομικοί πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, κτιριακός και μηχανολογικός εξοπλισμός, πηγές ενέργειας κ.α.
- **Οι εκροές (outputs)** αναφέρονται στο σύνολο των υπηρεσιών, που προσφέρονται και παράγονται στο νοσοκομείο π.χ. το σύνολο νοσηλευθέντων ασθενών, το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται και σαν ενδιάμεσα νοσοκομειακά προϊόντα.

1.7 Προϋπολογισμοί

Προϋπολογισμούς, σε **μακροοικονομική θεώρηση**, ονομάζουμε όχι μόνο την πρόβλεψη κατανομής πόρων αλλά και τη λεπτομερή διανομή των πόρων αυτών ανάμεσα σε ανταγωνιστικές δραστηριότητες ή υπηρεσίες σ' έναν οργανισμό. Πόροι είναι οικονομικοί, υλικοί εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό κ.α.

-
- Σε **μικροοικονομική θεώρηση** και με την πρακτική πλέον έννοια του προϋπολογισμού ονομάζουμε τον επιχειρηματικό προγραμματισμό (operational planning) ενός οργανισμού, εκφραζόμενο σε οικονομικούς όρους.

Ο επιχειρησιακός αυτός σχεδιασμός ή απλούστερα, ο προγραμματισμός του επόμενου έτους δεν θα είχε την αξία, που έχει, αν δεν περιελάμβανε λεπτομερείς προϋπολογισμούς, οι οποίοι συμβάλουν στην επίτευξη των προγραμματισμένων στόχων. Μόνο με τους προϋπολογισμούς μεταφρασμένους σε οικονομικές μονάδες μπορούν να υλοποιηθούν οποιεσδήποτε επιμέρους δραστηριότητες. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί, ότι όλοι οι όροι, που προαναφέρθηκαν και θα αναφερθούν ακόμα, χρησιμοποιούνται σε μακροεπίπεδο και μικροεπίπεδο, δηλαδή οικονομικό σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας καθώς και για προγραμματισμό μιας συγκεκριμένης επιχείρησης π.χ νοσοκομείο.

1.7.1 Είδη προϋπολογισμών

Ανάλογα με τον τρόπο σύνταξης του προϋπολογισμού έχουμε δύο είδη προϋπολογισμών :

α. **επαυξανόμενο προϋπολογισμό** (incremental budgeting)

β. **τον προϋπολογισμό μηδενικής βάσης** (zero – base budgeting)

Ο πρώτος αναφέρεται στον παραδοσιακό τρόπο σύνταξης του προϋπολογισμού. Αυτός στηρίζεται στα δεδομένα της προηγούμενης χρονιάς και εν συνεχεία συνυπολογίζεται ο αναμενόμενος πληθωρισμός. Με τον τρόπο αυτό καθορίζεται το "σημείο εκκίνησης" - η προϋπολογιστική βάση – του προϋπολογισμού της επόμενης χρονιάς.

Ο προϋπολογισμός, που συντάσσεται με τον αντίθετο τρόπο σύνταξης, ονομάζεται προϋπολογισμός μηδενικής βάσης. Σύμφωνα μ' αυτόν αμφισβητείται η επανάληψη οποιασδήποτε δραστηριότητας. Μεταξύ αυτών των δύο ειδών προϋπολογισμού υπάρχει άλλο ένα είδος που συνδυάζει τους δύο προηγούμενους. Σύμφωνα με αυτόν προσδιορίζεται η προϋπολογιστική βάση μετά από συνειδητές αποφάσεις πάνω στα αναμενόμενα μελλοντικά αποτελέσματα, πάνω στην αποδοτικότητα, ως προς την χρησιμοποίηση των πόρων και πάνω στις αναγκαίες δαπάνες για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων.

Άλλο είδος προϋπολογισμού, που εφαρμόζεται σε μακροοικονομικό και μικροοικονομικό επίπεδο (σύστημα υγείας – υγειονομική περιφέρεια – νοσοκομεία) είναι ο **ελαστικός προϋπολογισμός** (flexed budget). Αυτός στηρίζεται στην πρόβλεψη του μεταβλητού κόστους, δηλαδή τα αναλώσιμα υλικά, το οποίο αυξάνεται ή μειώνεται,

γενικά μεταβάλλεται, ανάλογα με τον οικονομικό προγραμματισμό της κάθε επιχείρησης – νοσοκομείου.

1.8 Προϋπολογιστικός έλεγχος (Budgetary control)

Ο προϋπολογιστικός έλεγχος απαιτεί συχνό έλεγχο (monitoring) του προϋπολογισμού από το διαχειριστή (manager) και ακόμα παρακολούθηση των αποκλίσεων από τον προκαθορισμένο στόχο. Οι υπεύθυνοι των προϋπολογισμών πρέπει να λαμβάνουν μηνιαίες αναφορές για την εξέλιξη του προϋπολογισμού, τις πιθανές μεταβολές και τις αιτίες, που τις προκάλεσαν. Καθυστερήσεις και αποκλίσεις κατά την πορεία του προϋπολογισμού σχεδόν αποφεύγονται, εξαιτίας της ύπαρξης σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και μεθόδων διαχείρισης.

Μηνιαίες αναφορές στους υπεύθυνους – διαχειριστές είναι απαραίτητες, ώστε να μπορούν αυτοί να παρέμβουν διορθωτικά σε περίπτωση απόκλισης. Η ενημέρωση του υπευθύνου για την πορεία του προϋπολογισμού γίνεται μετά από στατιστική επεξεργασία των οικονομικών και νοσηλευτικών δεδομένων του νοσοκομείου και δημιουργούνται **δείκτες παραγωγικότητας** (performance indicators), οι οποίοι συμβαδίζουν με τις δαπάνες του προϋπολογισμού.

Ο τρόπος αυτός επιχειρεί να αποδείξει ότι ο διαχειριστικός έλεγχος σ' οποιαδήποτε επιχείρηση δεν αποβλέπει μόνο στο να περιορίζει τις δαπάνες, αλλά ακόμα περισσότερο στο να απελευθερώνει μια μεγάλο όγκου και καλής ποιότητας δραστηριότητα, η οποία πηγάζει από τους περιορισμένους πόρους .

Ο αποτελεσματικός προϋπολογιστικός σχεδιασμός και έλεγχος δεν αρκείται μόνο στην επαρκή συλλογή πληροφοριών κι συστημάτων κοστολόγησης, που είναι και τα δύο απαραίτητα, αλλά απαιτεί μεταξύ των συμμετεχόντων και υπευθύνων για τον προϋπολογισμό μια ανοικτή πληροφόρηση και συνεργασία. Η συνεργασία αυτή έγκειται στο ότι πρέπει να ανταλλάσσουν απόψεις και να παρέχουν την εμπειρία τους, να παρέχουν συμβουλές πάνω σε τεχνικά θέματα του προϋπολογιστικού σχεδιασμού και ελέγχου, να μελετούν εναλλακτικά μοντέλα χρησιμοποίησης των πόρων και να αναζητούν οικονομικά αποθέματα ή βελτίωση της αποδοτικότητας ή της ποιότητας. Δηλαδή η επιλογή του κόστους – ευκαιρίας (opportunity cost) επιβάλλεται στην λήψη αποφάσεων.

1.9 Κλινικός προϋπολογισμός (Clinical budgeting)

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται και ως clinical management budgeting. Η εφαρμογή του ξεκίνησε στις ΗΠΑ όπου η χρηματοδότηση των νοσοκομείων με βάση

τη διαγνωστική κατηγορία επέβαλε τη συμμετοχή των γιατρών στην προϋπολογιστική διαδικασία και στο χειριστικό έλεγχο των πόρων, που χρησιμοποιούν για την παροχή της ιατρικής πράξης.

Στην εφαρμογή του κλινικού προϋπολογισμού στις ΗΠΑ συνέτεινε πολύ η ύπαρξη τράπεζας πληροφοριών (data) σε κάθε νοσοκομείο, όσον αφορά στην οικονομική και ιατρική δραστηριότητα.

Με αυτόν τον τρόπο ο κάθε γιατρός γίνεται "ελεγκτής" και γνώστης των χρησιμοποιούμενων από αυτόν πόρων. Την πρωτοπορία στην εφαρμογή αυτού του συστήματος στις ΗΠΑ την έχει το Johns Hopkins Hospital στις αρχές της δεκαετίας του '70, στο οποίο πρωτοεφαρμόστηκε το σύστημα της αποκεντρωμένης διαχείρισης (decentralized management), ο οικονομικός έλεγχος κάθε ιατρικού τμήματος και ο προϋπολογιστικός έλεγχος.

Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ σχετικά με την ανεύρεση λύσεων για τον έλεγχο στη διαχείριση, η Ευρώπη συνάντησε πολλές αντιδράσεις και αμφισβητήσεις του ιατρικού σώματος για τη συμμετοχή του στη διαχείριση των νοσοκομείων.

Την εισαγωγή του κλινικού προϋπολογισμού στο νοσοκομείο της Μεγάλης Βρετανίας την πρότεινε ο Dr. I. Wickings, στο Westminster Hospital το 1973-74 και αφορούσε την έρευνα και την ανάπτυξη μοντέλων εφαρμογής του κλινικού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία της Αγγλίας. Μεγάλη έρευνα επίσης για την υιοθέτηση αυτού του συστήματος έγινε το 1978 στο St.Thomas' Hospital.

Έχει γίνει από κοινού αποδεκτό ότι αυτές οι πρωτοποριακές για τη Μεγάλη Βρετανία έρευνες συνετέλεσαν στο να περιληφθεί ο κλινικός προϋπολογισμός στην αναφορά του Griffith, 1983 (Griffith's Inquiry) και γενικότερα στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.

Σήμερα με τον όρο του **κλινικού προϋπολογισμού** εννοούμε:

1. Καλύτερο έλεγχο των δαπανών, κυρίως εκ μέρους του ιατρικού σώματος, που συμβάλλει με τις επιλογές του στην πραγματοποίηση δαπανών.
2. Προτροπή και παροχή κινήτρων στην επίτευξη της αποδοτικότητας των πόρων (efficiency), με σκοπό την πραγματοποίηση αποτελεσμάτων με το, κατά το δυνατόν, χαμηλότερο κόστος.
3. Προτροπή για ορθολογικότερο σχεδιασμό και διαχείριση με σύγκριση πάντα του επιπλέον κόστους με τα οικονομικά αποτελέσματα των άλλων όμοιων νοσοκομείων.

4. Υποχρεωτική ύπαρξη τράπεζας δεδομένων με κύριο χαρακτηριστικό την ακρίβεια των πληροφοριών.
5. Μέτρηση του κόστους κάθε ιατρικής πράξης ή ιατρικού τμήματος, που θα επιτρέπει πρώτον, τη σύγκριση με άλλες ανάλογες ιατρικές πράξεις και τμήματα νοσοκομείων και δεύτερον, η μέτρηση του μέσου κόστους κάθε ιατρικής πράξης και ειδικότητας θα οδηγήσει, σε εθνικό επίπεδο, στο σχεδιασμό μιας ενιαίας στρατηγικής πολιτικής υγείας.
6. Συμμετοχή των γιατρών και των υπευθύνων στη διαχείριση των νοσοκομείων, με σκοπό να γνωρίζουν το πραγματικό κόστος των πράξεών τους και να μπορούν να το συγκρίνουν με το προϋπολογιστικό, καθώς και τον επιχειρησιακό σχεδιασμό ώστε να παρακολουθούνται πιθανές αποκλίσεις από τα προβλεπόμενα.

Η διεθνής εμπειρία δέχεται τον κλινικό προϋπολογισμό, σαν ένα από τα σπουδαιότερα "εργαλεία" διαχείρισης των νοσοκομείων και επικεντρώνεται στα βασικότερα χαρακτηριστικά του, που είναι η εμπλοκή και συμμετοχή των νοσοκομειακών γιατρών στη διαχείριση του νοσοκομείου, με την ανάληψη υπευθυνότητας στο σχεδιασμό και στον έλεγχο της κατανομής και χρησιμοποίησης των πόρων μεταξύ διαφορετικών ιατρικών τμημάτων και ακόμα μεταξύ των γιατρών.

1.10 Διαχείριση των πόρων (Resource management)

Στον αντίποδα του κλινικού προϋπολογισμού ευρίσκεται η διαχείριση των πόρων. Η σύγχρονη αυτή στρατηγική "διαχείρισης των πόρων" υιοθετήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80 και εφαρμόζεται μόνο στα νοσοκομεία, στα οποία το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκονται στη διαδικασία της διαχείρισης. Τους παρέχεται η δυνατότητα επιλογής και χρησιμοποίησης πληροφοριών, οι οποίες θα διευκολύνουν τους ενδιαφερομένους στο να οργανώσουν και να διαχειριστούν καλύτερα την εργασία τους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της συμμετοχής των γιατρών στη διαχείριση - οργάνωση των πόρων (πόρων υλικών, οικονομικών, ανθρώπινο δυναμικό) είναι η πληροφόρηση, ο προγραμματισμός, η γνώση του κόστους και τέλος η δομή, η διάρθρωση (case-mix) των ασθενών του εκάστοτε νοσοκομείου. Η απόκτηση αυτής της πληροφόρησης και η συμμετοχή στη διαχείριση - οργάνωση και κατ' επέκταση, η θεραπεία των ασθενών κατέχουν προτεραιότητα στις προτιμήσεις του ιατρικού σώματος, σε σχέση με τη συμμετοχή τους στη διαχείριση των οικονομικών πόρων.

Η διεθνής βιβλιογραφία συγκλίνει στην επικράτηση αυτού του συστήματος και τοποθετεί χρονικά την εφαρμογή της στην πρώτη δεκαετία του 2000. Θεωρεί απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία του μια γενικότερη αναθεώρηση στη διαχείριση των πόρων - υλικών - οικονομικών - ανθρώπινου δυναμικού - του σύγχρονου νοσοκομείου και την ανάπτυξη και ολοκλήρωση ενός συστήματος κοστολόγησης των ασθενών, στηριζόμενο ή όχι στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs).

Σκοπός της διαχείρισης των πόρων είναι ο ακριβής προσδιορισμός του κόστους, η μείωση του, κατά το δυνατόν, με την παράλληλη διατήρηση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Ο προσδιορισμός του κόστους κάθε ιατρικού τμήματος ή πτέρυγας νοσοκομείου (κόστος νοσηλευτικού προσωπικού), χειρουργικών επεμβάσεων, διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, φαρμάκων και παραϊατρικών υπηρεσιών θα επιτρέψει στο να υπάρξουν μειώσεις σε τομείς, που δεν κατέχουν άμεση προτεραιότητα στην ιεράρχηση των παρεχομένων φροντίδων του νοσοκομείου. Τομείς κατανάλωσης, όπως τα αναλώσιμα αγαθά και τα φάρμακα σ' ένα νοσοκομείο, που το κόστος τους κατά μεγάλο βαθμό είναι μεταβλητό, μπορούν γρήγορα με μια ορθολογική διαχείριση να μειωθούν, χωρίς να επηρεάσουν καθόλου την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει αναφερθεί ότι για την επιτυχία αυτού του συστήματος, εκτός από τον προσδιορισμό του κόστους των ιατρικών πράξεων και όλων των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου, θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη βάσης δεδομένων και δεικτών παραγωγικότητας του νοσοκομείου, οι οποίοι θα συμβαδίζουν με παράλληλη αναφορά στο συγκεκριμένο κόστος.

1.11 Προϋπολογισμός κόστους ασθενή κατά περίπτωση (Patient costing and case – mix budgeting)

Είναι γνωστό, ότι η εκάστοτε παροχή ιατρικής φροντίδας και το ανάλογο κόστος της ποικίλουν μεταξύ των ασθενών, ακόμα και μεταξύ ασθενών που πάσχουν από την ίδια ασθένεια. Διαφοροποιήσεις ακόμα υπάρχουν ως προς το κόστος μεταξύ των γιατρών, για τις ίδιες ιατρικές πράξεις, καθώς επίσης και μεταξύ νοσοκομείων και υγειονομικών περιφερειών.

Οι αιτίες αυτών των διαφοροποιήσεων πηγάζουν από τους διαφορετικούς τρόπους διάγνωσης, τη σοβαρότητα της ασθένειας, επιπλοκές κατά την θεραπευτική αγωγή, την ηλικία και ακόμα διάφορες άλλες αιτίες με κοινωνικές προεκτάσεις. Περιλαμβάνουν επίσης διαφοροποιήσεις μεταξύ των γιατρών, ως προς την επιλογή της μεθόδου

θεραπείας της ασθένειας, την παρεχόμενη τεχνολογική υποστήριξη καθώς και την "ένταση", με την οποία οι γιατροί χρησιμοποιούν τους υπάρχοντες πόρους.

Η διεθνής εμπειρία έχει αποδεχτεί την αναγκαιότητα **επιχειρησιακών συστημάτων** (operational systems) κι έχει να παρουσιάσει σύγχρονα πρότυπα διαχείρισης στα νοσοκομεία, όπως την οικονομική προσέγγιση της διαχείρισης των πόρων, την κοστολόγηση του ασθενούς, όπου όλοι οι πόροι που έχουν διατεθεί για τη θεραπεία του έχουν κωδικοποιηθεί, και ακόμα τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs).

Σήμερα γίνεται προσπάθεια και εκδηλώνονται έντονες τάσεις συνδυασμού όλων αυτών των σύγχρονων διαχειριστικών μοντέλων, σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα με την ονομασία του "προϋπολογισμού κόστους ασθενή κατά περίπτωση". Αυτό το θεωρητικά ακόμα τελειοποιημένο μοντέλο θα μπορεί να μετρήσει τα αποτελέσματα (outputs) του νοσοκομείου, μοιράζοντάς τα σε υποομάδες κατά ιατρική ειδικότητα, κατά γιατρό ή κατά ομάδες ασθενειών κ.ά. Συμπερασματικά, μπορούμε να ισχυριστούμε, ότι αυτό το πρότυπο αποτελεί την τελειοποιημένη μορφή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών και ότι είναι το μοντέλο, το οποίο θα επικρατήσει στον ευρωπαϊκό χώρο την τρέχουσα δεκαετία.

Χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, Ολλανδία, Γερμανία, Ελβετία, Σουηδία, Πορτογαλία μελετούν την τελειοποίηση του συστήματος των DRGs και την υιοθέτηση του στη δική τους πραγματικότητα.

Η επιτυχία αυτού του συστήματος έγκειται στο ότι στοχεύει και επιτυγχάνει τη συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, την ορθολογική διαχείριση συνολικά του νοσοκομειακού συστήματος και την ουσιαστική αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος.

1.12 Σύγχρονη Τεχνολογία και Νοσοκομείο

Τις τελευταίες δεκαετίες, η τρομακτική επέκταση της τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία ενοχοποιήθηκε σαν ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συνετέλεσαν στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η σύγχρονη τεχνολογία συμβάλλει κατά 15 έως 50% στην αύξηση του νοσοκομειακού κόστους και προβλέπεται να συνεχισθεί με τον ίδιο ρυθμό η επέκτασή της, καθώς και οι θετικές ή αρνητικές συνέπειες, τις οποίες επιφέρει στο σύστημα υγείας. Η συχνή αναφορά και ενοχοποίηση της τεχνολογίας σαν

πρωταρχικού παράγοντα αύξησης του νοσοκομειακού κόστους, μας υποχρεώνει να αναφέρουμε ότι στη σημερινή εποχή περισσότεροι ασθενείς από το 95% των εισαγομένων στα νοσοκομεία εξέρχονται ζώντες και αυτό οφείλεται αναμφισβήτητα στη θετική συμβολή της ιατρικής τεχνολογίας και στην ποιοτική αναβάθμιση της ιατρικής φροντίδας (Yfantopoulos, 1986).

Η ιατρική επιστήμη, όπως έχει γίνει κοινά αποδεκτό, χαρακτηρίζεται από ειδικότητες και υποειδικότητες, των οποίων η ανάπτυξη οφείλεται κατά πολύ στην πρόοδο της ιατρικής γνώσης και της ιατρικής τεχνολογίας. Γίνεται επομένως φανερό η συσχέτιση μεταξύ της δομής των νοσοκομείων και της τεχνολογίας. Η τάση της υποεξειδίκευσης της ιατρικής επιστήμης και η συνεχής επέκταση και τελειοποίηση της ιατρικής τεχνολογίας είναι αναμφισβήτητες.

Την τελευταία δεκαετία, η πολιτική υγείας στις διάφορες χώρες με στόχο τον έλεγχο του νοσοκομειακού κόστους στράφηκε στη μείωση των νοσοκομειακών κλινών, με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία και τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας. Η λήψη αυτού του μέτρου στηρίζεται στη μικρή συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της διάρκειας νοσηλείας και της ανάγκης για ιατρική φροντίδα καθώς και στο ότι συχνά η ταχεία έξοδος από το νοσοκομείο είναι ευεργετικότερη για την υγεία του ασθενούς.

Σήμερα η προηγμένη τεχνολογία επικεντρώνεται στα νοσοκομεία με τη μορφή της **βιοιατρικής τεχνολογίας** και με τη μορφή της **τεχνολογίας της επικοινωνίας και της πληροφορικής**. Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε την επίδραση που είχε η εισαγωγή των ιατρικών αρχείων των ασθενών ή η συλλογή των εργαστηριακών δεδομένων και των εργαστηριακών εξετάσεων ή η καταχώρηση αρχείων για διάφορες σπάνιες χρόνιες και μολυσματικές ασθένειες (επιδημίες) ή στοιχεία και πρωτόκολλα, που αναφέρονται στον έλεγχο των ιατρικών πράξεων (quality assessment, quality assurance).

Η επικράτηση της πληροφορικής στο νοσοκομειακό χώρο είναι δεδομένη και μάλιστα σ' αυτή στηρίζεται η σύγχρονη πολιτική υγείας, η οποία εισάγει τη σύγχρονη τεχνολογία στα νοσοκομεία του 2000.

Σήμερα, ένα ορθολογικά οργανωμένο σύστημα υγείας πρέπει να έχει αναπτύξει σε μεγάλη έκταση μια αποκεντρωμένη μορφή.

Η αποκέντρωση αναμφισβήτητα επηρεάζει άμεσα τη φύση και τον όγκο των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Η τεχνολογία δεν πρέπει πλέον να επικεντρώνεται μόνο στα νοσοκομεία, χαρακτηριστικό της περασμένης δεκαετίας. Η

εισαγωγή της πληροφορικής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας και γενικότερα κάθε σύγχρονη τεχνολογική εφαρμογή θεωρείται σήμερα μια τεχνολογική διαδικασία, που χρησιμοποιείται, για να υποστηρίξει και να οργανώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας ή ακόμα συμμετέχει στη διαδικασία ανάλυσης ή αξιολόγησης της ιατρικής τεχνολογίας και ειδικότερα της ιατρικής φροντίδας.

Προβλέπεται ότι κατά την τρέχουσα δεκαετία το νοσοκομείο θα αποτελέσει μια πηγή πληροφόρησης εξειδικευμένης και περισσότερο εντατικής. Μπορεί κάλλιστα η ιατρική τεχνολογία να παρέχεται και εκτός του νοσοκομείου, η δε σύγχρονη τεχνολογία της επικοινωνίας να επιτυγχάνει τη διασύνδεση των διάφορων τμημάτων του υγειονομικού συστήματος και την τελειοποίησή του σ'ένα πραγματικά οργανωμένο. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι ο ρόλος του νοσοκομείου κατά την πρώτη δεκαετία του 2000 γίνεται πιο ουσιαστικός από την παροχή εξαρτώμενης από την τεχνολογία ιατρικής φροντίδας. Ο ρόλος του θα επικεντρωθεί στη μεταφορά γνώσης και κάθε εξειδικευμένης πληροφορίας σ' όλα τα μέρη του υγειονομικού συστήματος.

Η ύπαρξη ενός **ενιαίου δικτύου** (network) θα επηρεάσει σημαντικά τη δομή, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η σύνδεση με δίκτυα μέσω computers μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων, των επαγγελματιών υγείας και διαφόρων υγειονομικών υπηρεσιών θα επιτρέψει μια συνεχή ροή πληροφόρησης με παράλληλη και συνεχής ανατροφοδότηση (feedback). Δηλαδή, η ύπαρξη ιατρικών αρχείων και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ νοσοκομείων, υγειονομικών υπηρεσιών και γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα έχει σαν επακόλουθο τη δημιουργία δικτύου πληροφοριών σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Το δίκτυο αυτό θα παρέχει πληροφορίες για την πραγματοποίηση επιδημιολογικών ερευνών, για τον προγραμματισμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση του υγειονομικού συστήματος αλλά ακόμα και για μεμονωμένη ιατρική συμβουλή (consultation).

Με την πρόοδο της σύγχρονης τεχνολογίας η παροχή εξειδικευμένης ιατρικής συμβουλής στο γενικό γιατρό ή στη νοσηλεύτρια κατά την κατ οίκον νοσηλεία πρέπει να είναι εφικτή και εύχρηστη. Πηγή της πληροφόρησης θα αποτελεί το νοσοκομείο. Θεωρείται αναμφισβήτητο ότι η υλοποίηση ενός δικτύου πληροφορικής θα επηρεάσει θετικά την οργάνωση και τη διοίκηση γενικά του ίδιου του νοσοκομείου στο εσωτερικό του, στις σχέσεις του με τα άλλα νοσοκομεία και στη συνέχεια με ολόκληρο τον υγειονομικό χώρο. Σ' αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητη η ενδυνάμωση του ρόλου του διευθυντή (manager) του νοσοκομείου. Αυτός με την ανάλογη εξειδικευμένη γνώση και επιμόρφωση πρέπει να είναι ο θεμελιωτής της στρατηγικής του νοσοκομείου καθώς και ο

γνώστης, εκπαιδευτής και συντονιστής της σύγχρονης τεχνολογίας (Γείτονα, 1991).

Οι μεταβολές ή και ανακατατάξεις, που διαδραματίζονται στον υγειονομικό τομέα στις αναπτυγμένες χώρες, είναι δεδομένο ότι δεν εντοπίζονται πλέον στο νοσοκομειακό χώρο. Στοχεύουν αποκλειστικά στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στην ανάθεση σ' αυτήν όλο και περισσότερων και σημαντικότερων αρμοδιοτήτων. Δεν είναι τυχαίο ότι αυτή τη στιγμή στις ΗΠΑ το 34% όλων των χειρουργικών επεμβάσεων γίνονται σε χειρουργικές μονάδες εκτός νοσοκομείων (ambulatory surgery programs) με άριστα αποτελέσματα και ότι μέχρι το 2000 τα 2/3 των χειρουργικών επεμβάσεων θα πραγματοποιούνται σ' αυτές τις μονάδες, δηλαδή χωρίς διανυκτέρευση.

Ο τρόπος αυτός παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας προϋποθέτει την οργάνωση εναλλακτικών μορφών νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι και κατ' επέκταση την απαραίτητη σε αυτή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Με την ύπαρξη ενός δικτύου επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς - νοσοκομείου ή μεμονωμένου γιατρού θα μπορεί να ελέγχεται η πορεία της υγείας του ασθενούς. Ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η ύπαρξη ενός τέτοιου δικτύου αποδεικνύεται ευεργετική για την υγεία του ασθενούς, λόγω της συμβολής στην ταχεία έξοδό του από το νοσοκομείο, και αποτελεσματική (cost-effective) από άποψη οικονομικής επιλογής.

Συμπερασματικά, οι σημερινές απαιτήσεις της νοσοκομειακής περίθαλψης σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας και διαχείρισης προϋποθέτουν την ύπαρξη ενός προηγμένου πληροφοριακού συστήματος. Αυτό πρέπει να έχει τη δυνατότητα καθημερινά να "μεταφράζει" τα δεδομένα (εισροές) σε κατανοητές πληροφορίες, οι οποίες θα μετρούν και θα αποδεικνύουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά της. Η ύπαρξη πληροφοριών πάνω στην εκτίμηση του κόστους λειτουργίας μιας μονάδας καθώς και σε προϋπολογιστικές εκτιμήσεις θεωρούνται απαραίτητες.

Η κωδικοποίηση σε θέματα χρηματοδότησης και γενικά οικονομικής διαχείρισης, η κωδικοποίηση της διάρθρωσης των ασθενών (case mix), η μέτρηση σοβαρότητας της ασθένειας των νοσηλευομένων (severity measurement), ο έλεγχος στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών (quality assurance), η μέτρηση της παραγωγικότητας του νοσοκομείου και η κάλυψη των αναγκών σε σχέση με την επικρατούσα νοσοκομειακή "αγορά" και τον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς θεωρούνται δεδομένα των οποίων η εισαγωγή στο πληροφοριακό σύστημα θα επιτρέψει στα νοσοκομεία να υιοθετήσουν και να αντιμετωπίσουν εύκολα και γρήγορα τις συντελούμενες αλλαγές στο νοσοκομειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στον υγειονομικό τομέα..

2. ΟΙ ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

**2.1 Η χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής Περίθαλψης στις ΗΠΑ .
Μελέτη των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs)**

**2.1.1 Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση
(Prospective Payment System (PPS))**

Η πολιτική υγείας σ' όλες τις χώρες επικεντρώνεται στον έλεγχο των δαπανών

υγείας με την παράλληλη διατήρηση του όγκου και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Στις ΗΠΑ η πολιτική συγκράτησης του κόστους (cost containment) ενσωματώθηκε στην πρωτοβάθμια και στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυρίως με μεταρρύθμιση, που αφορούσε τον τρόπο οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Προσπάθειες πολιτικής ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους έγιναν αρκετές στις ΗΠΑ, οι σημαντικότερες όμως είναι οι εξής:

Το 1972 το Κογκρέσο ψήφισε νομοθετική πράξη, σύμφωνα με την οποία δημιουργήθηκαν οι **Οργανισμοί Προσδιορισμού Επαγγελματικών Προτύπων** (Professional Standards and Review Organizations, PSROs) και καθιερώθηκε ένα πρόγραμμα, σε εθνικό επίπεδο, ελέγχου της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου.

Το 1974 το Κογκρέσο αποφάσισε την αναβίωση της νομοθετικής πράξης του Εθνικού Σχεδιασμού και Ανάπτυξης των Πόρων (National Health Planning and Resources Development Act) και καθιέρωσε το «**αποδεικτικό ανάγκης**» (Certificate of Need, CON), με σκοπό να ελέγχει τις κεφαλαιουχικές δαπάνες κάθε νοσηλευτηρίου.

Η σημαντικότερη και αποδοτικότερη προσπάθεια πολιτικής ελέγχου των δαπανών υγείας ξεκίνησε από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 και κατέληξε σε διαφορετικές εναλλακτικές μεθόδους χρηματοδότησης, με επίκεντρο το νοσοκομειακό τομέα. Η επικράτηση της εκ των προτέρων πληρωμής στηρίχτηκε στην παραδοχή από μέρους της κυβέρνησης, των επαγγελματιών υγείας και γενικά των συμμετεχόντων στον υγειονομικό τομέα, ότι οι ισχύουσες πολιτικές χρηματοδότησης δεν μπορούσαν πλέον να ελέγξουν επαρκώς το κόστος.

Η εισαγωγή το 1983 της **εκ των προτέρων ή προοπτικής χρηματοδότησης** (Prospective Payment System) κρίθηκε αρχικά απαραίτητη από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών των ασφαλισμένων στο πρόγραμμα Medicare, που κάλυπτε από το 1965 τους ηλικιωμένους και τους ανάπηρους.

Αν και θεωρείται ακόμη και σήμερα δύσκολη η αξιολόγησή της συνεχώς ενισχύεται η διαπίστωση ότι η προοπτική χρηματοδότηση έχε επιφέρει συγκράτηση του κόστους νοσηλείας, παρέχοντας υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα. Η αντικατάσταση του ημερήσιου νοσήλιου, στα πλαίσια της εκ των προτέρων χρηματοδότησης, με το σύστημα πληρωμής κατά περίπτωση συνετέλεσε στη δημιουργία των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών.

Η επικράτηση της προβλεπόμενης ή προοπτικής χρηματοδότησης στα νοσοκομεία επεδίωκε την παροχή οικονομικών κινήτρων, που θα ενθάρρυναν την ορθολογική διαχείριση των πόρων τους και παράλληλα την ποιοτική αναβάθμιση της νοσηλείας. Η μέθοδος αυτή στρέφεται προς 4 άξονες:

- **Πρώτο**, να διασφαλίσει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
- **δεύτερο**, να επιτύχει τη γρήγορη εφαρμογή της και την εύκολη οργάνωσή της,
- **τρίτο**, να δώσει στα νοσοκομεία τη δυνατότητα να προϋπολογίσουν τα έσοδά τους και
- **τέταρτο**, να παρέχει κίνητρα για ελαστικότητα, ανανέωση, προγραμματισμό και κυρίως έλεγχο στη νοσοκομειακή διαχείριση.

2.1.2 Η επίδραση της εκ προτέρων πληρωμής στο κόστος της φροντίδας υγείας

Θεωρείται βέβαιο ότι η επιτυχία της εκ των προτέρων πληρωμής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή της από τα ίδια τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας. Η αποδοχή της δε από τα νοσοκομεία επηρεάζει άμεσα σε κάθε επίπεδο τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αλλά κυρίως και τους ίδιους τους ασφαλισμένους.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν από την εφαρμογή της εκ των προτέρων πληρωμής αφορούν: τη μείωση της χρησιμοποίησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, μείωση των ημερών νοσηλείας και τη μείωση των εισαγωγών.

Αναλυτικότερα, οι εισαγωγές των ασφαλισμένων στο πρόγραμμα Medicare μειώθηκαν κατά 7,2% το έτος 1985, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών του Medicare μειώθηκε κατά 7,7% το 1985 στα νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας και παρουσιάστηκε μια αλλαγή στη διάρθρωση των ασθενών (case-mix) στα νοσοκομεία, κυρίως με σοβαρότερα περιστατικά. Επιπλέον η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ενισχύθηκε κατά 31% το 1986, με αποτέλεσμα να επαυξηθούν οι εναλλακτικές μορφές μετανοσοκομειακής περίθαλψης. Οι δε επισκέψεις και γενικά η παροχή ιατρικής φροντίδας στα ιατρεία των γιατρών, των συμβεβλημένων με το Medicare αυξήθηκαν από το 49,5% το 1983 στο 55,4% το 1985.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ακόμη ότι ούτε η θνησιμότητα ούτε ο ρυθμός επανεισαγωγής στα νοσοκομεία, εξαιτίας της μείωσης των ημερών νοσηλείας έχουν αυξηθεί.

Τέλος, πρέπει να επισημάνουμε ότι η εφαρμογή της εκ των προτέρων χρηματοδότησης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είχα σαν άμεσο επακόλουθο τη δημιουργία εναλλακτικών «σχημάτων» παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τους

Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας και τους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών των οργανισμών είναι η συγκράτηση του κόστους, που επιτυγχάνεται με την παροχή ενός μεγάλου αριθμού περιορισμένης έκτασης υπηρεσιών (Γείτονα, 1990).

Η κατάταξη των ασθενών σε κάποια διαγνωστική κατηγορία από τις 467 (σήμερα 475) Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες αποσκοπεί στο να επιτύχει τη μείωση των μη απαραίτητων υπηρεσιών και επιδιώκει την πλέον ακριβέστερη διάγνωση και τις πλέον αποδοτικότερες και αποτελεσματικότερες θεραπευτικές αγωγές.

Οι πληρωμές του Medicare καθορίζονται με την ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες, οι οποίες είναι κλινικά παρεμφερείς και ομοιογενείς σε σχέση με τον τύπο και τον όγκο χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών πόρων. Δηλαδή, με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DGRs) προσδιορίζεται το σύνολο των πόρων, που κρίνεται τυπικά απαραίτητο για τη θεραπεία όμοιων περιπτώσεων και τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται εκ των προτέρων από το Medicare.

Το 1988 στις ΗΠΑ 5500 νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας (από τα 6300) χρηματοδοτούνται με το νέο αυτό σύστημα.

Σε μια πρώτη μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκ προτέρων πληρωμής, που έκανε η American Hospital Association για την πενταετία 1983-1987 αναφέρεται ότι πραγματικά η κυβέρνηση επέτυχε τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών για τους ασφαλισμένους του Medicare.

2.1.3 Η επίδραση της εκ προτέρων πληρωμής στην ποιότητα της φροντίδας υγείας

Η παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας αποτελεί την πρωταρχική επιδίωξη της εκ των προτέρων πληρωμής και βασίζεται στο από κοινού αποδεκτό «δόγμα» ότι κανένα πρόγραμμα υγείας δεν είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό, όταν «θυσιάζει» την ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Αν και γίνονται πολλές προσπάθειες από τους ειδήμονες του χώρου της υγείας να προσδιοριστεί η καλύτερη μέθοδος διασφάλισης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, έχει επικρατήσει γενικά ο ποιοτικός έλεγχος (quality assurance) να αποτελεί ένα πρόγραμμα συστηματικής αξιολόγησης για την παροχή της τελειότερης, κατά το δυνατόν, ιατρικής πράξης. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με την μέτρηση των αποτελεσμάτων και βασίζεται σε κριτήρια, που αφορούν στη δομή, στη διαδικασία και στα τελικά αποτελέσματα, που πιθανά να αναφέρονται σε μία «μετρήσιμη» αλλαγή της

υγείας του ασθενούς.

Το 1984 το Κογκρέσο εξαιτίας της εφαρμογής και επέκτασης πλέον της προβλεπόμενης , προοπτικής εισήγαγε στα νοσοκομεία, τα συμβεβλημένα με το Medicare, τον ποιοτικό έλεγχο. Δημιούργησε τους **Οργανισμούς Ποιοτικού Ελέγχου** (Peer Review Organizations), οι οποίοι έχουν σκοπό να ελέγχουν τις προαιρετικές εισαγωγές, την ταχεία έξοδο από το νοσοκομείο και τις συνέπειες που πιθανά επακολουθούν καθώς και την εσφαλμένη ταξινόμηση των ασθενών στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Οι οργανισμοί αυτοί ελέγχουν την ποιότητα, την αναγκαιότητα και καταλληλότητα της παρεχόμενης φροντίδας με συνεχή μελέτη των ιατρικών αρχείων.

Κατά τη μελέτη της επίδρασης της εκ των προτέρων πληρωμής στο κόστος και την ποιότητα της φροντίδας υγείας στο πρόγραμμα του Medicare , έγινε φανερή και η επέκταση της επίδρασης της στους επαγγελματίες υγείας, στους μη ασφαλισμένους στο πρόγραμμα Medicare και γενικότερα σ' ολόκληρο το σύστημα υγείας. Πράγματι , το 1986 τριάντα Πολιτείες χρησιμοποιούσαν την εκ των προτέρων χρηματοδότηση, μη βασιζόμενη απαραίτητα στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, ενώ 16 από αυτές υιοθέτησαν την κατάταξη των ασθενών βάσει αυτών.

Συνέπεια της γενίκευσης αυτού του συστήματος ήταν και η επέκταση του στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη με αποτέλεσμα τη δημιουργία εναλλακτικών μορφών παροχής και οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι γνωστότερες και επικρατέστερες μορφές περίθαλψης είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs), οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs), τα χειρουργεία ημέρας (Ambulatory Surgery Centers, ASCs) κ.α.

Η επιτυχία τους στη συγκράτηση του κόστους, η διατήρηση υψηλής ποιότητας και η ορθολογική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας συνετέλεσε στο να εμφανίσουν αυτοί οι οργανισμοί μια ταχεία διάδοση. Την τελευταία δεκαετία λειτούργησαν 662 HMOs, των οποίων τα μέλη Αυξήθηκαν κατά 163,9% την πενταετία 1983-1985, με ετήσια αύξηση 21,4%.

Οι οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών εμφάνισαν επίσης εκπληκτική επέκταση, από 15 που υπήρχαν το 1982 έφθασαν τους 134 το 1985. Μεγάλες ιδιωτικές επιχειρήσεις και πολυεθνικές εταιρείες συμβάλλονται με το HMOs και PPOs με σκοπό να παρέχουν αποκλειστική κάλυψη στους εργαζομένους τους και προβλέπεται από οικονομολόγους της υγείας, ότι στις αρχές της δεκαετίας του '90 οι οργανισμοί αυτοί θα κατέχουν μεγαλύτερο ποσοστό από το μισό του συνόλου των προσφερομένων υπηρεσιών

υγείας των ΗΠΑ. Τελευταίες μελέτες αναφέρουν ότι το 1988 περισσότεροι από 60.000.000 αμερικανοί πολίτες έχουν ασφαλιστεί σ' αυτούς τους οργανισμούς. Έχει γίνει επομένως αποδεκτό ότι η προοπτική χρηματοδότηση αποτελεί, σήμερα, τον ουσιαστικότερο παράγοντα στον οποίο οφείλεται η αλλαγή των προτύπων συμπεριφοράς των παραγωγών υγείας.

2.2 Προσδιορισμός του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας

Είναι γνωστό ότι οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs) μπορούν να περιγράψουν το σύνολο των περιπτώσεων, δηλαδή τη διάρθρωση (case-mix) των ασθενών ενός νοσοκομείου, την κάλυψη κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σ' ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια, σαν αποτέλεσμα πλέον της ανάλυσης του λογισμικού των διαγνωστικών κατηγοριών και της ύπαρξης τράπεζας πληροφοριών σχετικής με τον υγειονομικό τομέα σ' ολόκληρη την επικράτεια .

Η ύπαρξη όλων αυτών των στοιχείων δε σημαίνει ότι κάθε κατηγορία αυτόματα κατέχει και το δεδομένο κόστος της. Πρωταρχικός στόχος κατά την εφαρμογή αυτού του συστήματος πρέπει να είναι η συνεχής επιδίωξη σύνδεσης του κόστους με την δραστηριότητα. Θεωρείται δεδομένο ότι οι Διαγνωστικές Ομάδες δείχνουν τον τύπο και το σύνολο των ασθενών, που υπάγονται σε κάθε διαγνωστική κατηγορία και τη διαφοροποίησή τους, ως προς τη χρησιμοποίηση των πόρων στην ίδια διαγνωστική κατηγορία. Η διάρκεια νοσηλείας, πρέπει να αναφερθεί ότι είναι από τους από τους βασικότερους παράγοντες προσδιορισμού του κόστους, ιδίως εάν το έμμεσο και το κεφαλαιουχικό κόστος μοιράζεται αναλογικά ανά ημέρα νοσηλείας σ' όλους τους ασθενείς.

Η κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών χρησιμοποιείται σαν πηγή πληροφοριών και για τον έλεγχο των επιμέρους προϋπολογισμών κάθε τμήματος-υπηρεσίας στα νοσοκομεία. Αποτελεί τη βάση του κλινικού προϋπολογισμού και της διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων. Η γνώση και χρησιμοποίηση της δραστηριότητας του περασμένου έτους και το κόστος κάθε περίπτωσης για τον προσδιορισμό των στόχων της επόμενης χρονιάς αποτελεί μια πολύ πιο ευαίσθητη μέθοδο σε σύγκριση με τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν, δηλαδή τον υπολογισμό του μέσου κόστους κάθε ειδικότητας.

Με αυτό τον τρόπο οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες συντείνουν στον προγραμματισμό των τμημάτων-υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου. Συμβάλλουν στην

εκτίμηση του κόστους για το σχεδιασμό νέων ή την επέκταση νοσηλευτικών τμημάτων και ακόμα προτείνουν αλλαγές στις επικρατούσες μεθόδους ιατρικής πρακτικής.

Οι διευθυντές – διαχειριστές των νοσοκομείων και οι υπεύθυνοι των ιατρικών τμημάτων έχουν την ευχέρεια να συγκρίνουν το κόστος κάθε διαγνωστικής κατηγορίας με το αναμενόμενο και με άλλα νοσοκομεία καθώς και να εκτιμούν την επίδραση, που πιθανά έχει η εκάστοτε άνοδος του κόστους στην ποιότητα της φροντίδας.

Ζητήματα ποιότητας της φροντίδας υγείας πρέπει να είναι σε συνεχή ανταγωνισμό σε σχέση με την αποδοτικότητα και την ορθολογικότητα χρησιμοποίησης των πόρων.

Ο προσδιορισμός του κόστους των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών μπορεί να γίνει με διαφορετικούς τρόπους με συνέπεια να παράγονται αποτελέσματα αμφισβητούμενης αξιοπιστίας. Επειδή είναι δύσκολο να υποδειχτεί ο σωστότερος επισημαίνεται το εξής: η επιλογή της μεθόδου πρέπει να πηγάζει από ιδιαιτερότητες του ιδίου του τόπου, ως προς τις τεχνικές κοστολόγησης, από την ποιότητα των πληροφοριών και από το σκοπό για τον οποίο εφαρμόζονται.

Οι ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες δεν περιλαμβάνουν πληρωμές στα νοσοκομεία, που αφορούν στο κεφαλαιουχικό κόστος (τόκο, απόσβεση), το άμεσο κόστος για την ιατρική εκπαίδευση, το κόστος των εξωτερικών ασθενών αλλά μόνο το κόστος νοσηλείας, ιατρικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό και λειτουργικό. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται για τις κεφαλαιουχικές δαπάνες με τον τρόπο χρηματοδότησης εκ των υστέρων, που ίσχυε πριν την εφαρμογή της εκ των προτέρων πληρωμής.

Ο τρόπος κωδικοποίησης των διαγνώσεων στηρίζεται στη **Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-9-CM, 9th revision)**. Η συλλογή των αρχείων των ασθενών πρέπει να περιέχει τα εξής στοιχεία:

1. Κύρια διάγνωση.
2. Δευτερεύουσα.
3. Χειρουργικές επεμβάσεις.
4. Ηλικία.
5. Φύλο.
6. Έξοδος ή προορισμός μετά την έξοδο.

Υπάρχουν ακόμα και άλλα στοιχεία πληροφόρησης, τα οποία αποσκοπούν στην καλύτερη ανάλυση των αρχείων των ασθενών, όπως οι γιατροί που παρακολουθούν τον ασθενή, το ιατρικό τμήμα που νοσηλεύεται, η διάρκεια νοσηλείας, ο τρόπος εισαγωγής κ.α.

Σήμερα στις ΗΠΑ μελετάται η εγκατάλειψη της κωδικοποίησης των ασθενειών βάσει της 9^{ης} έκδοσης του κώδικα της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (ICD-9) και η υιοθέτηση ενός νέου, που ονομαζόμενου **CPT-4 (Classification of Procedures and Techniques)** Ταξινόμηση των Διαδικασιών και Τεχνικών, ο οποίος θα ανανεώνεται κάθε 6 μήνες από την Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία.

2.3 Εργαλεία αξιολόγησης των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών

Αν και η αξιολόγηση του υγειονομικού τομέα στην ουσία ευρίσκεται σε θεωρητικό επίπεδο, γίνονται επίμονες προσπάθειες από τους επαγγελματίες υγείας, ερευνητές, για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας και καταλληλότητας της ιατρικής πρακτικής. Η ύπαρξη μεγάλων διαφοροποιήσεων ως προς τις μεθόδους άσκησης της ιατρικής πρακτικής πηγάζει από το γεγονός ότι ίδια κλινικά προβλήματα αντιμετωπίζονται με διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις.

Σύμφωνα με την επιστήμη της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στον όρο **αποτελεσματικότητα** (effectiveness) δίνεται μια ευρύτερη έννοια, στην οποία ενσωματώνονται οι έννοιες της αποδοτικότητας, παραγωγικότητας, ωφελιμότητας και καταλληλότητας. Με τον όρο **καταλληλότητα** (appropriateness) εννοείται η σωστή παροχή μιας ιατρικής πράξης σε μία συγκεκριμένη περίπτωση (π.χ. χειρουργική επέμβαση).

Παρά την ελλιπή συλλογή και σύνθεση των πληροφοριών πάνω στα «αποτελέσματα της υγείας» το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ (Dpt. Of Health and Human Services) μέσω της υπεύθυνης υπηρεσίας για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα (Health Care Administration) ανέλαβε την πρωτοβουλία για την καλύτερη πληροφόρηση, με σκοπό τη σωστή λήψη αποφάσεων από τους γιατρούς, ασθενείς, υγειονομικές υπηρεσίες και ασφαλιστικούς οργανισμούς για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Η πρωτοβουλία αυτή στην ουσία στόχευε στη βελτίωση της ιατρικής πρακτικής και για την επιτυχία της καθόρισε μια διαδικασία αποτελούμενη από 4 στάδια:

1. Έλεγχος (monitoring)
2. Ανάλυση των μεταβολών (analysis of variations)
3. Σωστή χρήση των ιατρικών πράξεων (assessment of interventions)
4. Ανατροφοδότηση και επιμόρφωση (feedback and education)

Οι διαδικασίες αυτές ελέγχου πραγματοποιούνται από τους **Οργανισμούς**

Ποιοτικού Ελέγχου (PROs), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την άσκηση του ποιοτικού ελέγχου (medical audit) και του ελέγχου χρησιμοποίησης των μέσων (utilization review).

2.4 Ποιοτικός Έλεγχος (Medical Audit)

Αποτελεί συστηματικό και κριτικό έλεγχο της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Η ποιότητα περικλύει μέτρα αποτελεσματικότητας, ισότητας και αλληλεγγύης. Για να είναι επιτυχής ο έλεγχος πρέπει να επιφέρει βελτίωση στην κλινική πρακτική. Επομένως ο έλεγχος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στο να μετράει τα αποτελέσματα, αλλά αποτελεί και ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης ως προς την ιατρική πρακτική. Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες στα πλαίσια αυτά διευκολύνουν τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας υγείας με τη δυνατότητα που έχουν αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του νοσοκομειακού συστήματος.

2.5 Έλεγχος στη χρησιμοποίηση των μέσων (Utilization Review)

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες έχουν μελετηθεί ειδικά για τον έλεγχο πόρων, που χρησιμοποιούνται κατά τη νοσηλεία των ασθενών. Σημαντική παράμετρο αποτελεί η διάρκεια της νοσηλείας και σ' αυτή στηρίζονται οι περισσότερες συγκρίσεις και αξιολογήσεις.

Σήμερα έχει επικρατήσει η μέθοδος αξιολόγησης που βασίζεται στην ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας και χρησιμοποιεί τον δείκτη QALY's (quality – adjusted life years gained). Η αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος με ποιοτικά κριτήρια χρησιμοποιείται στις περισσότερες διαγνωστικές κατηγορίες με τη μέτρηση του οφέλους (κέρδους) ετών ζωής σε ευεξία, δηλαδή των ποιοτικά αναβαθμισμένων ετών σε σχέση με το συγκεκριμένο κόστος της διαγνωστικής κατηγορίας.

Ο υπολογισμός του κόστους-αποτελεσματικότητας των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών αποσκοπεί στον κατά το δυνατόν ακριβέστερο προσδιορισμό του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας.

Αυτός ο τύπος αξιολόγησης θεωρείται ακόμη πολύπλοκος, διότι ενώ οι διαγνωστικές κατηγορίες είναι κλινικά (παθολογικά) ομοιογενείς ως προς τη διάγνωση και ως προς τους πόρους που καταναλώνονται με βάση τη διάρκεια νοσηλείας, είναι όμως ανομοιογενείς ως προς την πρόγνωση των αποτελεσμάτων.

3. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ. Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

3.1 Χαρακτηριστικά του υγειονομικού τομέα στη Γαλλία

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία έχει τη μορφή ενός πολύμορφου συμπλέγματος, το οποίο διατηρεί τις παραδοσιακές μορφές, συνδυασμένες με τις πιο σύγχρονες αντιλήψεις οργάνωσης ενός συστήματος υγείας. Χαρακτηρίζεται από δύο κυρίαρχους αντίθετους ιδεολογικούς προσανατολισμούς. Ο πρώτος αφορά την «ισότητα» όλων των πολιτών, ως προς την υγεία (egalitarianism) σύμφωνα με το γαλλικό σύνταγμα και ο δεύτερος τον «φιλελευθερισμό» του συστήματος (liberalism), εφόσον αποδέχεται τη συνύπαρξη και συνεργασία σε μεγάλο βαθμό του ιδιωτικού τομέα υγείας. Το κράτος για να επιτύχει αυτό το δύσκολο συμβιβασμό, διασφάλισε τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας με τη δημιουργία του ασφαλιστικού συστήματος, που καλύπτει το σύνολο του λαού.

Η δημιουργία αυτού του συστήματος στη Γαλλία το 1945 επεδίωκε μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης, όχι μόνο να διασφαλίσει τους πολίτες από πιθανούς κινδύνους υγείας αλλά και να επιφέρει ανακατανομή του εισοδήματος στα πλαίσια των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η Γαλλία ευρίσκεται μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ που δαπανούν υψηλό ποσοστό για την υγεία επί του ΑΕΠ . Οι συνολικές δαπάνες υγείας από το 1960 μέχρι και το 1985 παρουσιάζουν συνεχή αυξητική τάση και αναλυτικότερα το ποσοστό μεταβολής των συνολικών δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ ανά πενταετία φαίνεται στον **πίνακα 1** .

Η γενικής παρατήρηση που προκύπτει από τον πίνακα 1 είναι ότι ο ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας στη Γαλλία μετά το 1970 δείχνει να σταθεροποιείται γύρω στο 12%, ενώ η τελευταία διετία 1985-1987 δεν εμφανίζει

Πίνακας 1	
Ποσοστό Μεταβολής των Δαπανών Υγείας στη Γαλλία	
Χρονική περίοδος	(%) Ποσοστό μεταβολής
1960-1965	23,8
1965-1970	11,5
1970-1975	18,9
1975-1980	10,1
1980-1985	11,8
1985-1987	0

Πηγή :ΟΟΣΑ , ίδιοι υπολογισμοί αυξήσεις , γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία οδηγείται σε σταθεροποίηση. Η παρατηρούμενη σταθεροποίηση οφείλεται στις προσπάθειες της κυβέρνησης για την ανεύρεση των αιτιών και μέτρων ελέγχου της αύξησης των δαπανών, που άρχισαν με μία σειρά μεταρρυθμίσεων από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 περίπου και ολοκληρώθηκαν με τη μεταρρύθμιση του Σφαιρικού Προϋπολογισμού (1983-1984), με επίκεντρο τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Μια από τις πιο εμφανείς αιτίες είναι αύξηση του όγκου της δραστηριότητας του υγειονομικού τομέα. Τα τελευταία δέκα έτη ο ρυθμός αυτής της αύξησης ήταν στο 7,2% ετησίως. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών αυξήθηκε κατά 20.000 στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, καθώς και των επαγγελματιών υγείας από 600.000 σε 1,2 εκατομμύρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δημογραφικοί παράγοντες (ετήσια αύξηση κατά 0,6% του γενικού πληθυσμού) και η γήρανση του πληθυσμού είναι παράγοντες που δεν συνετέλεσαν σημαντικά στην αύξηση της δραστηριότητας του υγειονομικού τομέα.

Σημαντικότερη αιτία αύξησης αποτελεί η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης την τελευταία πενταετία, η οποία είναι αποτέλεσμα μιας ώριμης, συνειδητής κυβερνητικής επιλογής.

Άλλες αιτίες, που συντείνουν στην αύξηση των δαπανών , είναι παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των τιμών. Η μέση ετήσια αύξηση των τιμών την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται περίπου στο 11%. Το υψηλό αυτό ποσοστό οφείλεται βέβαια εν μέρει στον πληθωρισμό, εφόσον ο πληθωρισμός στον υγειονομικό τομέα ιδιαίτερα είναι

υψηλότερος από όλους τους άλλους οικονομικούς τομείς.

Επίσης η εισαγωγή της σύγχρονης δαπανηρής τεχνολογίας επέφερε έμμεση και άμεση αύξηση των τιμών.

Έντονες προσπάθειες ελέγχου των δαπανών υγείας αναφέρονται στην υιοθέτηση από την πολιτεία μέτρων αύξησης των εισφορών των εργοδοτών και εργαζομένων. Η επιβολή αυτής της πολιτικής επέφερε θετικά αποτελέσματα, γιατί στη Γαλλία ο προϋπολογισμός υγείας είναι εντελώς ξεχωριστός από τους άλλους κοινωνικούς προϋπολογισμούς, γεγονός που σημαίνει ότι όταν επιβάλλεται αύξηση στις εισφορές των εργαζομένων, αυτοί γνωρίζουν ότι η ζητούμενη αύξηση στις τιμές των εισφορών τους θα «πάει» στον προϋπολογισμό υγείας και όχι σε άλλους οικονομικούς τομείς, που πιθανά διαφωνούν. Επομένως, η κυβέρνηση έχει επιτύχει την αύξηση των εισφορών με βάση το μισθό και το ποσοστό εισφορών διαφοροποιείται ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος των εργαζομένων.

Άλλη μέθοδος ελέγχου του αυξανόμενου κόστους του υγειονομικού τομέα αναφέρεται στην περικοπή της ασφάλισης για ορισμένες υπηρεσίες, στην αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης της φαρμακευτικής περίθαλψης και στη δημιουργία των στατιστικών πινάκων δραστηριότητας των γιατρών (Tableau statistique d'activite des praticiens). Με τους πίνακες αυτούς επιτεύχθηκε άμεσος έλεγχος στη συνταγογραφία των γιατρών.

3.2 Ανασκόπηση των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων της νοσοκομειακής περίθαλψης στη Γαλλία

Διαχρονικά στη Γαλλία έγιναν πολλές μεταρρυθμίσεις. Θα αναφερθούμε στις ουσιαστικότερες από αυτές. Κάθε κυβερνητική μεταρρύθμιση, άσχετα από πολιτικοϊδεολογικές θεωρήσεις και τάσεις, επικεντρώνεται σ' ένα στόχο, που αφορά την προσφορά της αποδοτικότερης και αποτελεσματικότερης ποιοτικά και οικονομικά φροντίδα υγείας.

3.2.1 Ο νόμος Debre

Γνωστή και μεγάλη είναι η μεταρρύθμιση του νόμου Debre (Loi Debre) το 1985, η οποία επεδίωκε την ποιοτική αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, με τη συνεργασία και διασύνδεση των μεγαλύτερων νοσοκομείων με τις πανεπιστημιακές σχολές, παρέχοντας πλήρη απασχόληση σε γιατρούς, που έχουν τη

δυνατότητα να παράγουν έργο εκπαιδευτικό-ιατρικό-ερευνητικό. Ήταν ένας έμμεσος τρόπος για την αναβάθμιση της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας με το να προσελκύσει ο δημόσιος τομές τους καλύτερους γιατρούς. Οι νοσοκομειακοί γιατροί εκτός από την πλήρη απασχόληση απολάμβαναν υψηλούς μισθούς και μεγάλες συντάξεις, διατηρούσαν δε το δικαίωμα να δέχονται την ιδιωτική πελατεία τους στα δημόσια νοσοκομεία.

Αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης ήταν ο μετασχηματισμός του δημόσιου νοσοκομείου σ' ένα **υπερσύγχρονο νοσοκομειακό κέντρο** (centre hospitalier) και η δημιουργία περισσότερων από 15.000 θέσεων πλήρους απασχόλησης.

3.2.2 Ο «νοσοκομειακός νόμος» (La Loi Hospitaliere)

Η μεταρρύθμιση του «νοσοκομειακού νόμου» του 1970 επεδίωκε την αναδιοργάνωση στη διοίκηση των νοσοκομείων. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της μεταρρύθμισης αναφέρονταν:

α. Στην ισομερή και επαρκή κατανομή των υγειονομικών μονάδων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

β. Στη σχετική νομοθεσία για την ανέγερση νέων νοσοκομείων, στην ανακαίνιση παλαιών και στον εξοπλισμό.

γ. Στην παροχή σε κάθε νοσοκομείο μεγαλύτερης υπευθυνότητας και αυτονομίας στη διαχείρισή του, με την χορήγηση στους διευθυντές διοικητικής ανεξαρτησίας.

δ. Στην επιδίωξη επίτευξης ισορροπίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, με σκοπό να αποφευχθεί ο άσκοπος ανταγωνισμός μεταξύ τους.

Σ' αυτή τη μεταρρύθμιση στηρίχτηκε πλέον ολοκληρωτικά η σημερινή δομή της νοσοκομειακής περίθαλψης στη Γαλλία και γι' αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία μια λεπτομερέστερη ανάλυση των «νεωτερισμών», που επέβαλε ο νόμος αυτός, και της κριτικής που ασκήθηκε τότε από το ιατρικό σώμα.

Πρώτον, καθιερώθηκε η **υγειονομική κάρτα** «carte sanitaire», η οποία όριζε ότι οποιαδήποτε αύξηση ή μείωση των νοσοκομειακών κλινών ή ανανέωση ή και αγορά βιοϊατρικού εξοπλισμού έπρεπε να φέρει την έγκριση του Υπουργείου Υγείας. Η έγκριση χορηγείται μόνο εφόσον τηρούνται συγκεκριμένα κριτήρια με βάση κανονιστικές (κυβερνητικές) αποφάσεις που αφορούν το τοπικό περιβάλλον. Υπεύθυνα όργανα κάθε περιφέρειας είναι οι **Περιφερειακές Επιτροπές Υγειονομικού Εξοπλισμού** (Committee Regionale de l' Equipement Sanitaire) οι οποίες καταγράφουν όλα τα Νοσηλευτικά

Ιδρύματα της περιφέρειας τους (δημόσια και ιδιωτικά) και σχεδιάζουν την ανάπτυξη της. Στη συνέχεια απαιτείται έγκριση από την **Εθνική Επιτροπή Υγειονομικού Εξοπλισμού** (Commission Nationale de l' Equipement Sanitaire) και τέλος, η οριστική έγκριση του **Υπουργείου Υγείας**.

Γίνεται κατανοητό ότι με αυτές τις περιοριστικές ρυθμίσεις ο «νοσοκομειακός νόμος» σκόπευε στην αποφυγή της άσκοπης επανάληψης εξοπλισμού και στην ορθή κατανομή στην περιφέρεια των νοσηλευτικών μονάδων. Η κριτική θεώρηση αυτών των ρυθμίσεων ήταν αρνητική , γιατί τις περισσότερες φορές ο νόμος δεν ενέκρινε τις εγκρίσεις και παρεμπόδιζε την επέκταση του υγειονομικού εξοπλισμού. Η αυστηρότερη κριτική ασκήθηκε από το ιατρικό σώμα.

Δεύτερον , ο νόμος περιείχε διατάξεις που αφορούσαν στην **εσωτερική διοίκηση – διαχείριση** (internal management) των νοσοκομείων, καθόριζε τις αρμοδιότητες του Διευθυντού και του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου (Conseil d' Administration), στο οποίο συμμετέχουν εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης , της τοπικής διεύθυνσης κοινωνικής ασφάλισης και μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου. Δημιουργήθηκε ακόμη η **Συμβουλευτική Ιατρική Επιτροπή** (Commission Medicare Consultative ή CMC) η οποία είναι υπεύθυνη για τη λειτουργία των ιατρικών υπηρεσιών στο νοσοκομείο.

Τρίτον, ο νόμος περιελάμβανε ρυθμίσεις που αποσκοπούσαν στη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών και στην ενδυνάμωση της **πρωτοβάθμιας περίθαλψης**. Οι ρυθμίσεις αυτές απέβλεπαν στην ελάφρυνση των ελλειμμάτων του προϋπολογισμού της κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία συνεχώς αυξάνονταν. Τελικός σκοπός ήταν η ταύτιση του ρυθμού ανόδου των δαπανών υγείας με το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ, αναλογία που αποτελεί απόδειξη ορθολογικής κατανομής των πόρων.

Η λήψη αυτών των μέτρων συνάντησε έντονη κριτική, εφόσον απαγορευόταν η λειτουργία νοσοκομείων με μέση κάλυψη κάτω από το 40%, γεγονός που θα επέφερε το «κλείσιμο» περίπου 7000 κλινών. Η ρύθμιση αυτή δεν εφαρμόστηκε τελικά.

Τέταρτον, ο νόμος του 1970 προσπάθησε να δημιουργήσει ένα δημόσιο νοσοκομειακό τομέα «hospital public service», στο οποίο θα συμμετείχε και ο ιδιωτικός τομέας με συμβάσεις και συμβόλαια, τα οποία θα διαπραγματεύονταν τα δύο μέρη. Πραγματικά 447 ιδιωτικά νοσοκομεία συμμετείχαν σ' αυτό το δημόσιο **νοσοκομειακό φορέα**. Αυτή η κατάσταση δημιούργησε ένα ανταγωνισμό ανάμεσα στους δύο τομείς, γεγονός που κατέληξε στην αμφισβήτηση του ρόλου του ιδιωτικού εάν είναι ανταγωνιστικός ή συμπληρωματικός στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος αυτός

δημιούργησε έντονες διαμαρτυρίες κυρίως από το μέρος των ιατρών, οι οποίοι είχαν το δικαίωμα ασκήσεως ιδιωτικής ιατρικής στα Δημόσια Νοσοκομεία, εφόσον ρητά πλέον αφαιρούσε το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής στα δημόσια νοσοκομεία.

Αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης στη δεκαετία 1970-1980 ήταν η επικράτηση ενός «ελεγχόμενου ανταγωνισμού» μεταξύ των φορέων του νοσοκομειακού τομέα- ιδιωτικού- δημόσιου- μη κερδοσκοπικού, ο οποίος απέβλεπε στην καλύτερη οργάνωση για την αναβάθμιση ποιοτικά της ιατρικής φροντίδας με τη διάθεση λιγότερων πόρων. Υπήρχαν 3570 νοσοκομεία στη Γαλλία, 1060 δημόσια, 1750 ιδιωτικά και 760 νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (non profit voluntary institutions). Κυρίαρχο ρόλο κατείχε ο δημόσιος τομέας με 4000.000 νοσοκομειακά κρεβάτια σε σχέση με τα 175.000 του ιδιωτικού. Ακόμα ένα χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελεί ότι το 88% των ιδιωτικών κλινικών είναι δυναμικότητας μικρότερης των 100 κλινών, ενώ το 80% των δημοσίων νοσοκομείων είναι δυναμικότητας μεγαλύτερης των 200 κλινών και το 8% των γενικών νοσοκομείων διαθέτουν περισσότερες από 1000 κλίνες.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι οι μηχανισμοί τιμών (pricing mechanisms) λειτουργούν εντελώς διαφορετικά στους δύο αυτούς τομείς. Στα δημόσια νοσοκομεία κριτήριο χρηματοδότησης ήταν το **ημερήσιο σπαστό νοσήλιο**, δηλαδή μια συνολική τιμή που υπολογίζεται με βάση την προβλεπόμενη δραστηριότητα, λαμβάνοντας υπόψη τις τις εκάστοτε μεταβολές στις τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών. Η τιμή ήταν διαφορετική από το ένα ίδρυμα με το άλλο, οι γιατροί ήταν μισθωτοί, επομένως το εισόδημα τους ήταν ανεξάρτητο από τη δραστηριότητα τους με αποτέλεσμα να αδιαφορούν για την τιμή των διαφόρων υπηρεσιών που προσέφεραν στο νοσοκομείο. Η τιμή του ημερήσιου νοσήλιου (prix de journee) υπολογίζεται για το έτος $n+1$ διαιρώντας το συνολικό λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένου του κόστους διοικητικού-εκπαιδευτικού-ερευνητικού, του υπόλοιπου βοηθητικού συν το πιθανό έλλειμμα του νοσοκομείου κατά το έτος n διά το συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας.

Στις ιδιωτικές κλινικές το ημερήσιο νοσήλιο ήταν το ίδιο σ' όλα τα ιδρύματα μιας συγκεκριμένης περιφέρειας και περιελάμβανε μόνο τις βοηθητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις, η φαρμακευτική αγωγή, οι εργαστηριακές εξετάσεις κτλ. χρεώνονταν χωριστά, καθώς και οι αμοιβές των γιατρών με βάση τον τρόπο αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση.

3.3 Ο Τομέας Ασφάλισης Υγείας στη Γαλλία

Ο τομέας ασφάλισης υγείας είναι μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη Γαλλία, που νομοθετήθηκε το 1928 και εφαρμόστηκε το 1930. Σήμερα καλύπτει το 100% περίπου του πληθυσμού για ασφάλιση υγείας και υπάρχουν τέσσερα μεγάλα ταμεία ασφάλισης υγείας.

Το 75% καλύπτεται από το CNAMTS (Caisse Nationale d' Assurance Maladie des Travailleurs Salaries) που περιλαμβάνει τους μισθωτούς εργαζόμενους, οι γεωργοί το 8%, οι αυτοαπασχολούμενοι το 7% και το 9-10% έχει δικό του ταμείο ασφάλισης υγείας. Ο τομέας ασφάλισης – υγείας στη Γαλλία έχει μια πλουραλιστική μορφή, εφόσον κάθε ταμείο καθορίζει μόνο του τη συμμετοχή των ασφαλισμένων μελών του και τις παροχές που προσφέρει. Το ταμείο CNAMTS χρηματοδοτεί περίπου το 70% των συνολικών δαπανών υγείας και το 30% του κεφαλαίου για νοσοκομειακές επενδύσεις. Είναι οργανωμένο σε 16 περιφερειακά ταμεία ασφάλισης υγείας και 122 τοπικά, κυρίως για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ως προς δε τη νομική μορφή τους είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, δηλαδή ημιδημόσιοι οργανισμοί (quasi-public) εφόσον υπόκεινται σε συνεχή κυβερνητικό έλεγχο, γεγονός που θεωρείται αντιοικονομικό, εφόσον η πηγή χρηματοδότησης τους δεν είναι ο κρατικός προϋπολογισμός αλλά σχεδόν ολοκληρωτικά οι συνεισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων (pay-roll taxes).

Η χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του χρήστη-καταναλωτή γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο. Ο καταναλωτής υπηρεσιών υγείας, όταν επισκέπτεται το γιατρό καταβάλλει ολόκληρο το αντίτιμο της ιατρικής επίσκεψης. Την απόδειξη του ποσού την παρουσιάζει το «δικό του» τοπικό ταμείο ασφάλισης υγείας. Το ταμείο αυτό πληρώνει περίπου 75% του ποσού που πλήρωσε ο ασθενής και το ποσό αυτό συμπίπτει με τιμή που έχει ήδη προκαθοριστεί από το Υπουργείο. Το υπόλοιπο 25% της αμοιβής αποτελεί υποχρέωση του ασθενή (co-payment), την οποία οι Γάλλοι ονομάζουν **“ticket modérateur”**.

Κάτι παρόμοιο συμβαίνει όταν οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης. Όταν ο γιατρός αποφασίζει ότι ένα άτομο έχει ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας, αυτή του παρέχεται δωρεάν. Το νοσοκομείο χρεώνει το ασφαλιστικό του ταμείο και αυτό με τη σειρά του καταβάλλει το λογαριασμό του ασθενή κατά 80% περίπου, ενώ το υπόλοιπο ποσό σε διάστημα 6 μηνών το επιβαρύνεται ο ασθενής. Τα ίδια περίπου μέτρα ισχύουν και για τις διαγνωστικές υπηρεσίες στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις. Εάν

ένας ασθενής παραμένει περισσότερο από 43 ημέρες και είναι ανίκανος για εργασία , την 44^η ημέρα το τοπικό ταμείο ασφάλισης του αρχίζει να τον χρηματοδοτεί (pay cash benefits) .

3.4 Κριτική των μεταρρυθμίσεων

Γενικότερα μπορούμε να πούμε ότι μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70 οι επιλογές για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας δεν επέτυχαν , διότι οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας εστράφηκαν προς μεθόδους, που έδιναν βραχυπρόθεσμες λύσεις όπως π.χ ο έλεγχος των τιμών και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δε σχεδίασαν μακροπρόθεσμες στρατηγικές υγείας, οι οποίες θα απέβλεπαν σε οικονομικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις της δομής του γαλλικού υγειονομικού συστήματος. Θα έπρεπε να επιδιώξουν μακροοικονομικές στρατηγικές με συγκεκριμένους στόχους, που θα στηρίζονταν σε κοινή αποδοχή και κοινωνική συναίνεση, γιατί μόνο με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η πραγματοποίηση των μακροπρόθεσμων πολιτικών επιλογών. Από αυτές τις μεταρρυθμίσεις εξέλειπαν σύγχρονες επιστημονικές μέθοδοι διοικητικής οργάνωσης, οι οποίες θα μπορούσαν να ενσωματωθούν με τις νέες τεχνικές στη λήψη αποφάσεων (decision making). Αυτές θα μπορούσαν να ήταν η «Διοίκηση με Στόχους» , εναλλακτικές μορφές χρηματοδότησης, όπως η εκ των προτέρων πληρωμή ή η εφαρμογή προϋπολογισμού μηδενικής βάσης κ.α διαχειριστικά εργαλεία, που επιφέρουν θετικά αποτελέσματα κυρίως στον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών.

Μια ακόμη απόδειξη της μη επιτυχίας του «νοσοκομειακού νόμου», παρόλο που, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, έδωσε στους άξονες στήριξης του υγειονομικού συστήματος στη Γαλλία και προετοίμασε το πεδίο για τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση του 1983 αποτελεί το ότι διαιώνισε την από ετών ιδιορρυθμία του γαλλικού συστήματος. Δηλαδή, ενώ η κοινωνική ασφάλιση χρηματοδοτεί τον υγειονομικό τομέα χωρίς να ασκεί κανένα διαχειριστικό έλεγχο, η κυβέρνηση δια του Υπουργείου Υγείας ασκεί σημαντικό έλεγχο σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ η συμμετοχή της στις συνολικές δαπάνες είναι πολύ μικρή. Το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετώπισε ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας στη Γαλλία αυτή την εποχή είναι η έλλειψη αποτελεσματικής σύνδεσης μεταξύ των ταμείων που χρηματοδοτούν το σύστημα π.χ CNAMTS σαν προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και του κράτους, στο ρόλο του ρυθμιστή υγειονομικού συστήματος.

Ένα γεγονός που επιβεβαιώνει την παραπάνω διαπίστωση είναι η δημοσίευση το 1976 μιας ομάδας φοιτητών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης (Ecole National d'

Administration, ENA). Η έρευνα αφορούσε στη σχέση μεταξύ του μεγαλύτερου ταμείου ασφάλισης της υγείας (CNAMTS) και του δημοσίου νοσοκομείου. Στην ανάλυση τους χαρακτηριστικά αναφέρουν « οι αντιθέσεις ανάμεσα στις απαιτήσεις για καλή διαχείριση και στις ρυθμίσεις που ισχύουν για τις αμοιβές των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία πρέπει να σταματήσουν». Ερμήνευσαν δε τη θέση τους αυτή ως εξής: « οι σχέσεις μεταξύ κοινωνικής ασφάλισης και δημόσιου νοσοκομείου επηρεάζονται περισσότερο από παράγοντες που προέρχονται από την ιστορική, παραδοσιακή τους εξέλιξη παρά από μια ορθολογική κατανομή». Κλείνουν δε την έρευνα τους με την αμφισβήτηση της νομιμότητας ενός διοικητικού συστήματος, στο οποίο δύο τομείς είναι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό υγείας στη χώρα, το Υπουργείο Υγείας και ο Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης ακολουθούν διαφορετικές πολιτικές.

3.5 Ο Νόμος της Νοσοκομειακής Μεταρρύθμισης του 1983 “La dotation Budgetaire Globale”

Η τελευταία και σημαντικότερη νοσοκομειακή μεταρρύθμιση είναι αυτή του Σφαιρικού Προϋπολογισμού (Budget Global), νόμος Νο 83-25 της 19-1-83. Η μεταρρύθμιση αυτή μετέβαλε τους μηχανισμούς χρηματοδότησης των νοσοκομείων στη Γαλλία με κατάργηση του ημερήσιου νοσήλιου και την αντικατάστασή του από τη συνολική, σφαιρική χρηματοδότηση, εισάγοντας κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας (Bandelier, 1988).

Αναμφίβολα η μεταρρύθμιση του 1983 αποτελούσε, όπως άλλωστε και οι προηγούμενες, πολιτική επιλογή με τη διαφορά ότι περιελάμβανε μακροοικονομικές και μικροοικονομικές, μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες οικονομικές, θεσμικές, οργανωτικές και διαχειριστικές επιλογές, που απουσίαζαν από τις προηγούμενες.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τη φιλοσοφία, το πνεύμα του Γαλλικού νόμου η μεταρρύθμιση του 1983 στόχευε στο να επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε εθνικό και νοσοκομειακό επίπεδο.

Σε **εθνικό επίπεδο** η σφαιρική χρηματοδότηση (global budget):

1. Επιτρέπει στην κυβέρνηση να ελέγχει αποτελεσματικά τις νοσοκομειακές δαπάνες.
2. Επιδιώκει τη συγκράτηση της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας, ώστε να ακολουθούν το ρυθμό ανάπτυξης της γαλλικής οικονομίας, χωρίς μείωση ασφαλώς της ποιότητας των ιατρικών φροντίδων.

3. Επιδιώκει τη βελτίωση της παραγωγικότητας σε εθνικό επίπεδο, με παράλληλη σταθεροποίηση των ήδη υπαρχόντων παραγωγικών μέσων.
4. Αποτελεί ένα σύστημα κατανομής πόρων.

Σε **νοσοκομειακό επίπεδο**:

1. Αναγνωρίζει στο σύγχρονο νοσοκομείο όλα τα σύγχρονα πρότυπα διοίκησης – διαχείρισης με την ιδιαιτερότητα όμως ότι σαν επιχείρηση δε στοχεύει στο όφελος των συμμετεχόντων αλλά στην ικανοποίηση των αναγκών του λαού.
2. Στοχεύει στον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας.
3. Επιδιώκει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με τη χρησιμοποίηση των πόρων και των μέσων, που έχει ήδη στη διάθεσή του.

Η μεταρρύθμιση αυτή περιλαμβάνει δύο σκέλη:

α. τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση

β. τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση

Το πρώτο σκέλος αφορά κυρίως την εφαρμογή της εκ των προτέρων ετήσιας συνολικής χρηματοδότης του νοσοκομείου, ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει τη νέα κατάτμηση της οργανωτικής δομής του και τη συμμετοχή των διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στη κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.

3.6 Η μεταρρύθμιση στη Χρηματοδότηση

Η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση έγινε σταδιακά. Η νομοθετική της ρύθμιση ξεκίνησε από το 1983, ενώ το 1984 άρχισε η εφαρμογή της και το 1987 επεκτάθηκε σ' όλους τους τομείς των υγειονομικών υπηρεσιών καλύπτοντας ολόκληρο τον πληθυσμό.

Το ποσό της συνολικής χρηματοδότησης προσδιορίζεται από τη διαφορά μεταξύ του συνόλου των τρεχόντων εξόδων ,που δεν περιλαμβάνονται στον προϋπολογισμό και του συνόλου των εσόδων του νοσοκομείου, που πιθανά να έχει από άλλες πηγές εκτός της συνολικής χρηματικής παροχής.

Ο τρόπος πληρωμής αναφέρεται στη δωδεκάμηνη χρηματική παροχή , η οποία χορηγείται από το Δημόσιο Ταμείο Περίθαλψης σε δύο δόσεις το μήνα για νοσοκομεία δυναμικότητας μέχρι 400 κλινών. Για νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 400 κλινών η πληρωμή γίνεται την πρώτη μέρα του επόμενου μήνα.

Η χρηματοδότηση γίνεται για λογαριασμό των ασφαλιστικών ταμείων από το **Δημόσιο Ταμείο Περίθαλψης**, το οποίο αποτελεί ένα δημόσιο φορέα, που με καθορισμένη περιοδικότητα αποζημιώνει τα νοσοκομεία για τις ήδη εγκεκριμένες

συνολικές χρηματικές παροχές. Τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να αποστέλλουν τις απαιτήσεις τους στο Δημόσιο Ταμείο Περίθαλψης κι αυτό με τη σειρά του να τις διαβιβάζει στα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία. Σημαντική καινοτομία για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών είναι η παρέμβαση των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης στην προϋπολογιστική διαδικασία.

Ο γαλλικός νόμος της 19-1-83 απαγορεύει ρητά τις τροποποιήσεις των εγκρίσεων. Η προϋπολογιστική διαδικασία όμως δίνει τη δυνατότητα τροποποιήσεων και αναθεώρησης της συνολικής χρηματικής παροχής, όταν το νοσοκομείο μπορεί να δικαιολογήσει τις οικονομικές συνθήκες που επέβαλαν μια σημαντική και απρόβλεπτη τροποποίηση, π.χ. αύξηση δαπανών του νοσοκομείου, αν αυτή οφείλεται σε εισαγωγή νέας ιατρικής δραστηριότητας, η οποία κρίνεται απαραίτητη. Σε αντίθεση με την απαγόρευση των τροποποιήσεων επιτρέπεται η μεταφορά πιστώσεων, εκτός από τις συγκεκριμένες περιπτώσεις. Τις τροποποιήσεις εγκρίσεων και μεταφορές πιστώσεων τις πραγματοποιεί ο Διευθυντής του νοσοκομείου μετά από εισήγηση και έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου και βεβαίως ενημέρωση του Υπουργείου.

3.7 Η μεταρρύθμιση στη Διαχείριση

Ο συγκεντρωτισμός της διοικητικής διαχείρισης του νοσοκομείου που επικρατούσε μέχρι τη μεταρρύθμιση αντικαθίσταται από τη νέα οργανωτική κατάσταση του σε **Κέντρα Υπευθυνότητας** (Centres de Responsabilite). Σύμφωνα με τη γαλλική νομοθεσία "ένα Κέντρο Υπευθυνότητας οργανώνεται κάθε φορά για την εκτέλεση μιας αποστολής, μιας λειτουργίας και μιας ή περισσότερων δραστηριοτήτων και λειτουργεί υπό τον έλεγχο μιας και μοναδικής αρχής σαν ένα συντονισμένο σύνολο ανθρώπινων και υλικών μέσων με σταθερή και μόνιμη οντότητα».

Κάθε νοσοκομείο, με δική του πρωτοβουλία προβαίνει στη δημιουργία των δικών του Κέντρων Υπευθυνότητας. Στα Κέντρα Υπευθυνότητας αντιστοιχούν υποχρεωτικά οι βασικές νοσοκομειακές υπηρεσίες, διοικητικές, ξενοδοχειακές-τεχνικές, ιατρο-τεχνικές και νοσηλευτικές. Αν το νοσοκομείο είναι μεγάλης δυναμικότητας μπορεί να προβεί στη δημιουργία περισσότερων Κέντρων Υπευθυνότητας ανάλογα με τις δικές του ιδιαιτερότητες. Σε κάθε Κέντρο Υπευθυνότητας απομονώνονται οι ομοιογενείς δραστηριότητες, όπως οι νοσηλευτικές, ιατρικές, εργαστηριακές, ερευνητικές κ.α.

Λειτουργούν αυτόνομα, έχουν καθορισμένους στόχους, στα πλαίσια πάντα των γενικότερων στόχων του νοσοκομείου, μοιράζονται τις εγκεκριμένες δαπάνες του και ανάλογα συντάσσουν το κάθε ένα, δικό του «**δορυφορικό προϋπολογισμό**» .

Δορυφορικούς προϋπολογισμούς ονομάζουμε τους προϋπολογισμούς που συντάσσει κάθε ιατρικό, διοικητικό, νοσηλευτικό, τεχνικό τμήμα, δηλαδή κάθε Κέντρο Υπευθυνότητας. Το σύνολο των δαπανών, που διανέμεται στα διάφορα Κέντρα Υπευθυνότητας, ισούται με τη συνολική, σφαιρική χρηματοδότηση. Κατ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αποκεντρωμένη νοσοκομειακή διαχείριση, η οποία έχει σαν επακόλουθο τη συμμετοχή όλων των υπευθύνων στην κατάρτιση του τελικού προϋπολογισμού και τον ουσιαστικό έλεγχο στη διαχείριση του νοσοκομείου.

Ο **έλεγχος στη διαχείριση** αποσκοπεί στη μέτρηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε κάθε τομέα δραστηριότητας, στην προτροπή και παροχή κινήτρων στους υπευθύνους και στη διασφάλιση ότι οι εκάστοτε διαθέσιμοι πόροι χρησιμοποιήθηκαν ορθολογικά και με τον αποτελεσματικότερο τρόπο για την επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου.

Κατά τη χρονική περίοδο της επεξεργασίας του γενικού προϋπολογισμού του νοσοκομείου, το Συμβούλιο κάθε Κέντρου Υπευθυνότητας συνεργάζεται με τον υπεύθυνο του για τις προβλεπόμενες δραστηριότητες σύμφωνα με τα διαθέσιμα μέσα του. Μετά το διαπραγματευτικό αυτό στάδιο, ο υπεύθυνος κάθε τμήματος μεταφέρει τις αποφάσεις των Κέντρων Υπευθυνότητας (τους δορυφορικούς προϋπολογισμούς) στο Διευθυντή του Νοσοκομείου .

Ο ρόλος του Διευθυντή του νοσοκομείου παραμένει σημαντικός στην προϋπολογιστική διαδικασία.

Πρώτον, διότι αυτός συνεργάζεται και διαπραγματεύεται με τους υπευθύνους των Τμημάτων το οριστικό περιεχόμενο του προϋπολογισμού και δεύτερον, διότι αυτός καθορίζει το προσχέδιο του γενικού προϋπολογισμού και ενημερώνει τους υπευθύνους πάνω στις μεταβολές της τρέχουσας χρήσης, στις παλαιότερες χρήσεις των τμημάτων τους, πάνω στις προβλεπόμενες πιστώσεις σε σχέση με την τρέχουσα αύξηση του πληθωρισμού, πάνω στην ανάπτυξη, επέκταση ή μεταβολή του νοσοκομείου και γενικότερα στην πολιτική της χρονιάς που θα ακολουθηθεί. Καθοριστικό ρόλο ακόμα παίζει ο Διευθυντής στη νέα κατάτμηση της δομής του νοσοκομείου σε Κέντρα Υπευθυνότητας.

Η αποκεντρωμένη συμμετοχή στη διαχείριση ευαισθητοποιεί τους εργαζόμενους,

ιατρούς, διοικητικούς, νοσηλευτές στο να συνειδητοποιήσουν το κόστος των δραστηριοτήτων τους, εφόσον είναι πλέον απαραίτητη η συμμετοχή τους στην προϋπολογιστική διαδικασία (Κοντούλη-Γείτονα και συν, 1991).

Σαν κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος οι Γάλλοι υιοθέτησαν το αμερικανικό σύστημα των GRGs και το ονόμασαν «Ομοιογενείς Ομάδες Ασθενών» (Group homogenes de maladies). Το νοσοκομειακό προϊόν θα χαρακτηρίζεται από την κατανομή της «πελατείας» του και από τη σπουδαιότητα αυτής της κατανομής ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες, είναι η αποκαλούμενη «διάρθρωση των ασθενών» (case –mix, structure de malades).

Το κόστος του νοσοκομειακού προϊόντος θα εκφράζεται από τον τύπο του μέσου κόστους κατά περίπτωση για κάθε άτομο που νοσηλεύεται και υπάγεται στις Ομοιογενείς Ομάδες Ασθενών. Η πληρωμή από το ασφαλιστικό ταμείο για κάθε άρρωστο βασίζεται στο μέσο κόστος για κάθε ασθένεια, που περιλαμβάνεται στις κατηγορίες των Ομοιογενών Ομάδων Ασθενών. Τέλος, ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου θα υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας το μέσο κόστος κάθε κατηγορίας με τον αντίστοιχο αριθμό των προβλεπόμενων περιπτώσεων, δηλαδή το προβλεπόμενο case-mix.

Συμπερασματικά, ο σφαιρικός προϋπολογισμός αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα από τα ασφαλιστικά ταμεία με σημείο αναφοράς το παραγόμενο έργο.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Δημοσίου Ταμείου περίθαλψης σαν διαπραγματευτή μεταξύ του νοσοκομείου και του συνόλου των ασφαλιστικών ταμείων, διότι με την παρέμβαση του αυτή επιτυγχάνονται η σταθερότητα και κανονικότητα των πληρωμών, καθώς και η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των ταμείων των ασθενών και των νοσοκομείων. Είναι γεγονός ότι ο Σφαιρικός Προϋπολογισμός αποβλέπει στην ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του νοσοκομειακού προϊόντος σε σχέση πάντα μ' ένα χαμηλό και δεδομένο κόστος.

Σήμερα, οι σχετικές επιστημονικές συζητήσεις στον διεθνή χώρο αποδέχονται τη σφαιρική χρηματοδότηση σαν ένα εναλλακτικό τρόπο χρηματοδότησης. Αυτή έχει επιτύχει και παράλληλα εφαρμόζεται σε διαφορετικές χώρες, ανεξάρτητα από την εκάστοτε δομή του υγειονομικού συστήματος, παρέχοντας τη δυνατότητα στα νοσοκομεία να υιοθετούν σύγχρονα μοντέλα διοίκησης-διαχείρισης, όπως της Διοίκησης με Στόχους (Management by Objectives). Η νέα οργανωτική κατάτμηση του νοσοκομείου και η εισαγωγή του συμμετοχικού management δίνουν στους εργαζομένους τη δυνατότητα συμμετοχής τους στο νοσοκομειακό σύστημα, η εφαρμογή του

συμμετοχικού management αποτελεί καινοτομία του σφαιρικού προϋπολογισμού.

Πριν ολοκληρωθεί η παρουσίαση του γαλλικού συστήματος υγείας, κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια αναφορά στον Rodwin, σύμβουλο σε θέματα υγείας και πανεπιστημιακό δάσκαλο (καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια και του Παρισιού IX (Dauphine), ο οποίος με μία φράση έδωσε την εικόνα του γαλλικού υγειονομικού συστήματος: *«Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα πρωτότυπο σύστημα υγείας δυτικοευρωπαϊκού τύπου, του οποίου τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι καθολική, συνολική χρηματοδότηση διά μέσου του μηχανισμού της κοινωνικής ασφάλισης και η αρμονική συνύπαρξη του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για την παροχή ιατρικής φροντίδας».*

4. ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην ενότητα αυτή θα επιχειρηθεί η εκτίμηση της διαχρονικής εξέλιξης των μακροοικονομικών μεγεθών της χώρας μας κατά τη χρονική περίοδο 1960-1990. Η μακροοικονομική εξέταση των επί μέρους δεικτών θα περιλαμβάνει παράλληλα την αναφορά στους κύριους κοινωνικούς, υγειονομικούς και οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι διαχρονικά επηρέασαν την εξέλιξη των δαπανών υγείας. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των σχετικών δεικτών τιμών θεωρείται βέβαιο ότι δίνει την πραγματική εικόνα του τομέα υγείας στη χώρα μας, καθώς και ότι κατευθύνει την υπόδειξη ορθολογικών προτάσεων μέσα από τη διαπίστωση των συγκεκριμένων προβλημάτων.

Πρέπει να αναφερθεί ότι πηγή όλων των μακροοικονομικών μεγεθών αποτελούν οι Εθνικοί Λογαριασμοί. Οι συγκρίσεις των σχετικών δεικτών και κάθε υπολογισμός ετήσιας αύξησης ή ρυθμού μεταβολής τους έχουν προκύψει μετά από αποπληθωρισμό των τιμών τους με το γενικό δείκτη τιμών του ΑΕΠ (τιμές συντελεστών παραγωγής), εκφρασμένο σε σταθερές τιμές του 1970. Με τις αποπληθωρισμένες τιμές όλων των δεικτών, που θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα μας, απαλείφουμε την οποιαδήποτε νομισματική αύξηση των τιμών και παρουσιάζουμε την πραγματική αύξηση ή μείωση

του όγκου των υπηρεσιών υγείας και των αγαθών που καταναλώθηκαν.

4.1 Διαχρονική Εξέλιξη και Ανάλυση των Μακροοικονομικών Δεικτών

4.1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Οι δεκαετίες του '50, του '60 μέχρι τα μέσα περίπου της δεκαετίας του '70 χαρακτηρίζονται από υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης στις χώρες του ΟΟΣΑ και από την κοινή πεποίθηση για τη θεμελίωση του κράτους πρόνοιας. Τα χαρακτηριστικά αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στις περισσότερες από αυτές τις χώρες. Επομένως, οι κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες αυτής της περιόδου συνετέλεσαν στη συνεχή αυξητική τάση του ΑΕΠ, των δαπανών υγείας καθώς και των δημοσίων δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Η Ελλάδα στην ίδια χρονική περίοδο δεν ακολούθησε τους ταχείς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης των χωρών του ΟΟΣΑ. Παρά τη συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας το χάσμα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες συνεχώς διευρυνόταν, με αποτέλεσμα να υπολείπεται κατά 2 περίπου ποσοστιαίες μονάδες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ 6,4% του ΑΕΠ το 1975, ενώ το ποσοστό της δαπανών υγείας στη χώρα μας έφθανε στο 4,1% του ΑΕΠ.

Ειδικότερα η διαχρονική εξέλιξη του ΑΕΠ στη χώρα μας σε τρέχουσες τιμές και σταθερές τιμές (**Πίνακας 3**) έχει ως ακολούθως :

Πίνακας 3
Διαχρονική Εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα 1960-1990
 (σε εκατομμύρια δρχ)

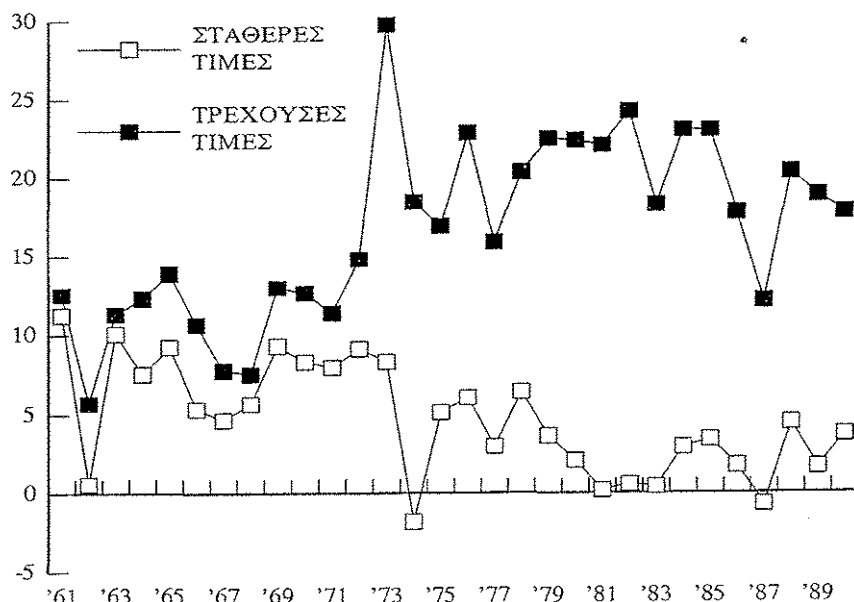
Έτος	Τρέχ. Τιμές	Ποσοστό αύξησης τρέχ. τιμών	Σταθ. τιμές (1970 = 100)	Ποσοστό Αύξησης σταθ. τιμών
1960	93.225		129.201	
1961	104.921	12.55	143.772	11.28
1962	110.907	5.71	144.612	0.58
1963	123.467	11.32	159.171	10.07
1964	138.671	12.31	171.177	7.54
1965	157.956	13.91	187.009	9.25
1966	174.810	10.67	197.011	5.35
1967	188.416	7.78	206.176	4.65
1968	202.632	7.55	217.895	5.68
1969	228.995	13.01	238.201	9.32
1970	258.000	12.67	258.000	8.31
1971	287.422	11.40	278.551	7.97
1972	329.977	14.81	303.973	9.13
1973	428.216	29.77	329.269	8.32
1974	507.328	18.47	323.307	-1.81
1975	593.181	16.92	339.833	5.11
1976	728.735	22.85	360.399	6.05
1977	844.628	15.90	371.022	2.95
1978	1.016.709	20.37	394.803	6.41
1979	1.245.187	22.47	409.075	3.61
1980	1.523.724	22.37	417.510	2.06
1981	1.859.971	22.07	418.271	0.18
1982	2.310.688	24.23	420.641	0.57
1983	2.733.244	18.29	422.351	0.41
1984	3.362.588	23.03	434.696	2.92
1985	4.136.852	23.03	449.419	3.39
1986	4.872.730	17.79	457.214	1.73
1987	5.464.645	12.15	453.918	-0.72
1988	6.578.295	20.38	474.155	4.46
1989	7.821.533	18.90	481.867	1.63
1990	9.215.096	17.82	499.759	3.71

Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί, ίδιοι υπολογισμοί

Από το 1960 το ΑΕΠ παρουσίασε μεγάλη και συνεχή αυξητική τάση μέχρι το 1974 όπου εμφανίζει πτωτική πορεία. Οι δυσμενείς οικονομικές διεθνώς συγκυρίες (oil shocks, 1974,1979) επηρεάζουν αναμφισβήτητα την οικονομική πορεία της χώρας μας με αποτέλεσμα κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και τη δεκαετία του 1980 ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ να μειώνεται σε χαμηλούς ή ακόμη και αρνητικούς ρυθμούς. Ενώ το 1961 το ετήσιο ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ σε σταθερές τιμές (1970) ήταν περίπου τον 11,28% το 1971 ήταν 7,97%, το 1981 φτάνει στο 0,18% και μειώνεται το 1987 κατά 0.72%.

Στο **διάγραμμα 1** αποτυπώνεται εμφανέστερα η πορεία του ΑΕΠ στη χώρα μας σε τρέχουσες και σταθερές τιμές από το 1960 μέχρι το 1990. Η πραγματική εικόνα της πορείας του ΑΕΠ δίνεται από την καμπύλη των σταθερών τιμών, γιατί η αυξητική πορεία που εμφανίζεται στις μετρήσεις των τρέχουσων τιμών οφείλεται στις καλπάζουσες τιμές του πληθωρισμού. Επομένως, από την καμπύλη της ποσοστιαίας εξέλιξης του ΑΕΠ σε

σταθερές τιμές φαίνεται ότι από το 1960 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970 το ΑΕΠ αυξάνεται με σταθερούς αλλά υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης σε σχέση με την επόμενη χρονική περίοδο 1974-1990 κατά την οποία η οικονομική ανάπτυξη της χώρας μειώθηκε σε χαμηλούς (0,18% το 1981, 0,57% το 1982, 0,41% το 1983) και αρνητικούς ρυθμούς (-1,81% το 1974 και -0,72% το 1987).



Διάγραμμα 1

Ετήσιο ποσοστό μεταβολής του ΑΕΠ στην Ελλάδα
σε τρέχουσες και σταθερές τιμές (1970)

4.1.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν Υγείας

Πριν επιχειρηθεί οποιαδήποτε ανάλυση ή σύγκριση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κρίθηκε σκόπιμη η αναφορά τους σε σχέση με τον διεθνή χώρο. Η διαχρονική εξέλιξη που εμφανίζουν οι συνολικές δαπάνες υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με τις αντίστοιχες των χωρών του ΟΟΣΑ παρουσιάζεται στον **πίνακα 4**.

Πίνακας 4		
Ποσοστό Δαπανών Υγείας επί του ΑΕΠ		
Έτη	Ελλάδα (%)	Μέσος Όρος ΟΟΣΑ (%)
1960	3.3	3.9
1965	3.5	4.3
1970	4.1	5.4
1975	4.1	6.4
1980	4.4	6.9
1985	4.8	7.0
1987	5.3	7.4

Πηγή: ΟΟΣΑ

Η διαχρονική εξέλιξη του ΑΕΠ υγείας στη χώρα μας παρουσιάζει σταθερούς ετήσιους ρυθμούς (**Πίνακας 5, Διάγραμμα 2**), οι οποίοι ήταν υψηλότεροι κατά τη

δεκαετία του 1960 και τις αρχές της δεκαετίας του 1970, σύμφωνα με τη μέτρηση των σταθερών τιμών. Στην καμπύλη των τρέχουσων τιμών δίνεται η αντίθετη ακριβώς εικόνα για αυτό το λόγο πρέπει να συνεκτιμάται η αύξηση του πληθωρισμού, η οποία εμφανίζει το ΑΕΠ υγείας στη χώρα σχεδόν να διπλασιάζεται τη δεκαετία του '70 και '80.

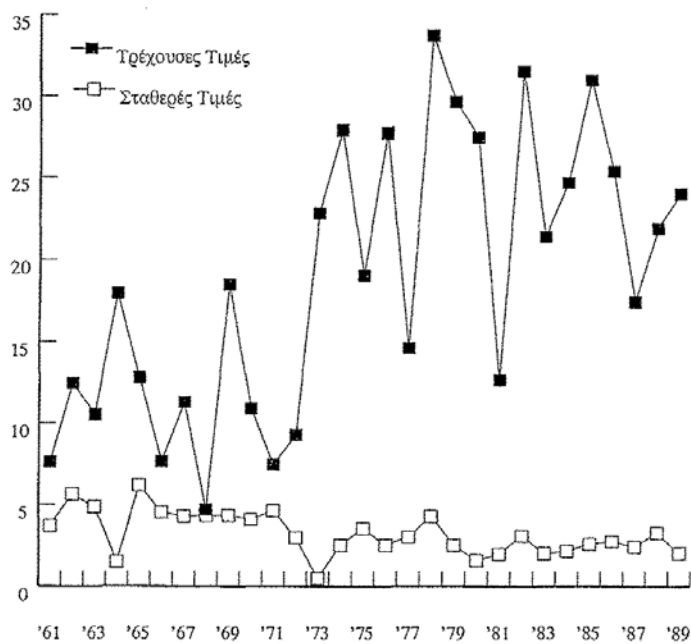
Η διαχρονική εξέλιξη του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος Υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1960-1990 αποτυπώνεται εμφανώς στο **διάγραμμα 3**. Τη δεκαπενταετία 1960-1975 και οι δύο δείκτες παρουσιάζουν αυξητικό ρυθμό, μεγαλύτερο όμως ετήσιο ποσοστό αύξησης παρουσιάζει το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν.

Ο ρυθμός ανάπτυξης των παραπάνω δεικτών αρχίζει να αντιστρέφεται κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και συνεχίζεται μέχρι και τη δεκαετία του '80. Πρώτον, εμφανίζει πτωτικό ρυθμό ανάπτυξης και δεύτερον και σημαντικό, ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του '80 γίνεται εμφανώς μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ. Αυτό σημαίνει ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό από το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ.

Πίνακας 5
Διαχρονική Εξέλιξη του ΑΕΠ Υγείας στην Ελλάδα 1960-1989
(σε εκατομμύρια δρχ.)

Έτος	Τρέχ. Τιμές	Ποσοστό Αύξησης Τρέχ. Τιμών	Σταθ. Τιμές (1970 = 100)	Ποσοστό Αύξησης Σταθ. Τιμών
1960	1.658		3.183	
1961	1.784	7.60	3.300	3.68
1962	2.006	12.44	3.485	5.61
1963	2.217	10.52	3.654	4.85
1964	2.615	17.95	3.708	1.48
1965	2.950	12.81	3.937	6.18
1966	3.175	7.63	4.115	4.52
1967	3.533	11.28	4.291	4.28
1968	3.699	4.70	4.476	4.31
1969	4.383	18.49	4.670	4.33
1970	4.860	10.88	4.860	4.07
1971	5.222	7.45	5.084	4.61
1972	5.706	9.27	5.234	2.95
1973	7.007	22.80	5.258	0.46
1974	8.963	27.91	5.390	2.51
1975	10.670	19.04	5.580	3.53
1976	13.631	27.75	5.720	2.51
1977	15.624	14.62	5.892	3.01
1978	20.902	33.78	6.145	4.29
1979	27.105	29.68	6.299	2.51
1980	34.557	27.49	6.397	1.56
1981	38.935	12.67	6.521	1.94
1982	51.213	31.53	6.721	3.07
1983	62.171	21.40	6.855	1.99
1984	77.517	24.68	7.000	2.12
1985	101.539	30.99	7.180	2.57
1986	127.293	25.36	7.375	2.72
1987	149.531	17.47	7.552	2.40
1988	182.278	21.90	7.798	3.26
1989	226.025	24.00	7.954	2.00

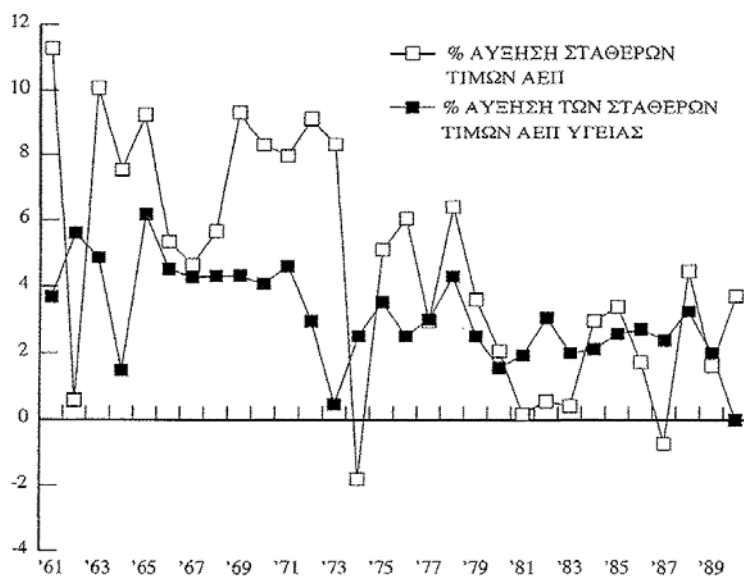
Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί, Ίδιοι υπολογισμοί



Διάγραμμα 2
Ποσοστό ετήσιας μεταβολής του ΑΕΠ Υγείας
σε τρέχουσες και σταθερές τιμές 1970 (1960 – 1989)

Ειδικότερα, σύμφωνα με τους πίνακες 3 και 5, ενώ το 1961 το ετήσιο ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ σε σταθερές τιμές έφτανε περίπου στο 11,28% το ΑΕΠ υγείας αυξήθηκε κατά 3,68%, ενώ το 1971 το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 7,97% το ΑΕΠ υγείας κατά 4,61% και καταλήγει το 1981 το ΑΕΠ 0,18% περίπου ετήσια αύξηση και 1,94% το ΑΕΠ υγείας.

Συμπερασματικά, τις δεκαετίες του 1960 και 1970 ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ στη χώρα μας σε σταθερές τιμές του 1970 έφτανε το 6,48% και 4,47% αντίστοιχα. Τις ίδιες δεκαετίες το ΑΕΠ Υγείας αυξανόταν κατά 3,92% και 2,50% ετησίως, γεγονός που σημαίνει ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες αυξανόταν με διπλάσιους ετήσιους ρυθμούς από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ Υγείας. Η εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας ήταν μικρότερη της μονάδας ($\epsilon < 1$) κατ' αυτές τις δύο δεκαετίες, γεγονός που σημαίνει ότι αυξανόμενου του ΑΕΠ οι δαπάνες υγείας δεν αυξάνονταν αναλογικά (διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3
Ποσοστιαία ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ και ΑΕΠ Υγείας (1960 – 1989)
(σε σταθερές τιμές 1970)

4.2 Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σαν ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ παρουσιάζονται στον **πίνακα 6**.

Κατά τη δεκαετία του 1960 και κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1970 ο δημόσιος τομέας υγείας υστερεί σε σχέση με τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης που εμφάνιζε η ελληνική οικονομία, παρά τις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες, την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού (ΟΓΑ, 1963) και την αυξανόμενη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η οικονομική ανάπτυξη της χώρας μας κατ' αυτήν τη χρονική περίοδο έδινε τη δυνατότητα στην κεντρική διοίκηση οργάνωσης και χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.

Την επόμενη δεκαετία ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές ήταν 3,9%, η εισοδηματική ελαστικότητα ήταν μικρότερη της μονάδας, δηλαδή οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονταν με ρυθμούς μικρότερους από τους αντίστοιχους του ΑΕΠ. Χαρακτηριστικό αυτής της δεκαετίας αποτελεί ότι ο δημόσιος τομέας στράφηκε κυρίως στην ανάπτυξη

Πίνακας 6
Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ

Έτη	Ελλάδα	Μέσος Όρος ΟΟΣΑ(%)
1960	1.9	2.4
1965	2.2	2.9
1970	2.2	3.9
1975	2.5	4.9
1980	3.6	5.3
1985	3.9	5.4
1987	4.0	5.6

Πηγή: ΟΟΣΑ

νοσοκομειακών υπηρεσιών με αποτέλεσμα ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη, σε σταθερές τιμές, να φθάνει στο 4,3%.

Η εκρηκτική αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας γίνεται ιδιαίτερα εμφανής κατά τη δεκαετία του 1980, ενώ παράλληλα η οικονομική πορεία της χώρας δεν ήταν ικανοποιητική. Η αύξηση αυτή οφείλεται εξ ολοκλήρου στη αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας που σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ ενώ το 1960 οι δημόσιες δαπάνες στη χώρα σαν ποσοστό των συνολικών κυμαίνονταν στο 58,5% και ήταν κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, το 1980 φθάνουν περίπου 82,2% και ξεπερνούν το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (76,6%), το δε 1985 στο 81,0% με μέσο όρο 77,4% επί των συνολικών δαπανών υγείας.

Μια απόδειξη που ενισχύει τη διαπίστωση της ταχύτερης αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας σε σχέση με τους δύο άλλους μακροοικονομικούς δείκτες, του ΑΕΠ και του ΑΕΠ υγείας, προέρχεται από τη διαχρονική σύγκριση των τριών αυτών μεγεθών:

Η πραγματική εικόνα αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας στη χώρα μας συνεπάγεται από τις συγκρίσεις του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής των τριών μεγεθών.

Την πρώτη πενταετία (1980-1985) ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ σε σταθερές τιμές του 1970 έφτανε περίπου στο 1,23%, σε σχέση με το 4,47% της προηγούμενης δεκαετίας, και τη δεύτερη πενταετία (1985-1990) κατά 1,78%. Το ΑΕ Υγείας την πρώτη πενταετία κατά 1,94% και 2,06% τη δεύτερη, ενώ οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά 2,37% και 2,29% αντίστοιχα.

Η εκτίμηση της εισοδηματικής ελαστικότητας και τις δύο πενταετίες ήταν μεγαλύτερη της μονάδας ($e > 1$), όπου συνεπάγεται ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν ταχύτερα από το ΑΕΠ, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στις σημαντικές διαρθρωτικές μεταβολές, που συντελούνται στον υγειονομικό τομέα κατ' αυτήν τη

χρονική περίοδο, και οι οποίες έχουν σαν συνέπεια την «κλιμακωτή» αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας (Υφαντόπουλος, 1988).

Αντίστοιχα, μεγαλύτερη εισοδηματική ελαστικότητα της μονάδας και τις δύο περιόδους εμφανίζουν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας, εφόσον αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό απ' ότι το ΑΕΠ. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι προαναφερθέντες δείκτες εμφανίζουν αυτές τις μεταβολές τη δεύτερη πενταετία, παρά την εφαρμογή του οικονομικού σταθεροποιητικού προγράμματος της κυβέρνησης του 1987 (Βλέπε **πίνακα 7** τα έτη 1986, 1987 και 1988).

Έτη	ΑΕΠ	ΑΕΠ Υγείας	Δημ. Δαπάνες Υγείας
1965	9.25	6.18	14.38
1970	8.31	4.07	8.05
1975	5.11	3.53	10.90
1980	2.06	1.56	12.21
1985	3.39	2.57	0.68
1986	1.73	2.72	5.09
1987	-0.72	2.40	4.25
1988	4.46	3.26	5.24
1989	1.63	2.00	-2.84

Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί. Ίδιοι υπολογισμοί.

Αιτίες της έκρηξης των δημοσίων και κατ' επέκταση των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας τη δεκαετία του 1980 είναι η έλλειψη πολιτικής τιμών και ελέγχου των δαπανών υγείας καθώς και η εφαρμογή του Νόμου 1397/83 περί ΕΣΥ. Η μεταρρύθμιση αυτή καθώς και η μεταβατική φάση μέχρι την ολοκλήρωση και ανάπτυξη της επηρέασε αναμφισβήτητα την κατανομή των οικονομικών πόρων στον υγειονομικό τομέα, μετακύλισε το βάρος της ευθύνης χρηματοδότησης στον κρατικό προϋπολογισμό και επομένως, άλλαξε ριζικά το σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Δηλαδή από σύστημα χρηματοδοτούμενο μέσω εισφορών από την κοινωνική ασφάλιση, που ίσχυε στις δύο προηγούμενες δεκαετίες του '60 και του '70 μετατράπηκε τη δεκαετία του '80 σε σύστημα χρηματοδοτούμενο μέσω της φορολογίας των πολιτών από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η παρουσίαση της μεταβολής των ποσοστών συμμετοχής της Κοινωνικής Ασφάλισης και του Κρατικού Προϋπολογισμού στις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας, σύμφωνα με στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών και των Κοινωνικών Προϋπολογισμών

, γίνεται εμφανής κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Τα ποσοστά συμμετοχής αρχίζουν να αντιστρέφονται από το 1985, έτος εφαρμογής και ολοκλήρωσης του ΕΣΥ στη χώρα μας (Πίνακας 8).

Μια άλλη σύγκριση όλων των προαναφερθέντων μακροοικονομικών δεικτών της Ελλάδας με τους αντίστοιχους δείκτες των χωρών του ΟΟΣΑ προσδίδει στην χώρα μας μια ιδιαιτερότητα, η οποία δικαίως έχει χαρακτηριστεί «**παραδοξότητα**» από ειδήμονες του χώρου υγείας (Υφαντόπουλος 1989, Κυριόπουλος 1990) και η οποία φαίνεται στον **πίνακα 8**.

Έτος	Κοινωνική Ασφάλιση (%)	Κρατικός Προϋπολογισμός (%)
1975	59.2	40.8
1980	58.0	42.0
1985	48.5	51.5
1988	41.7	58.3
1989	40.2	59.8

Πηγή: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Υγειονομική Σχολή Αθηνών

Τη χρονική περίοδο 1960-1974 , περίοδος οικονομικής ανάκαμψης όλων των χωρών του ΟΟΣΑ οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν με ταχείς ρυθμούς σαν επακόλουθο της οικονομικής ευημερίας της εποχής αυτής.

Η Ελλάδα ακολουθούσα και αυτή με μικρότερους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης δεν διέθεσε από το πλεόνασμα των πόρων της στους κοινωνικούς τομείς και ιδιαίτερα στον υγειονομικό τομέα.

Στην επόμενη χρονική περίοδο , περίοδο οικονομικής ύφεσης και στασιμότητας(1975-1990) η πορεία των μακροοικονομικών δεικτών των χωρών του ΟΟΣΑ αντιστράφηκε. Όλες οι χώρες υιοθέτησαν δημοσιονομικές πολιτικές συγκράτησης του κόστους, οι οποίες σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό επέτυχαν στην κυριαρχία και έλεγχο των δαπανών υγείας.

Η χώρα μας, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, ενώ η οικονομική της πορεία ανακάμπτει εξαιτίας της διεθνώς δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας, παρουσιάζει αντίθετη ακριβώς εικόνα, όσον αφορά τις δαπάνες υγείας. Ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ είναι αντιστρόφως ανάλογος με τον ρυθμό ανάπτυξης των δαπανών υγείας. Ο υψηλός

ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας σε σχέση με τους υπόλοιπους μακροοικονομικούς δείκτες συνετέλεσε στο ότι ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα να αναβαθμιστεί και να προσεγγίζει τα διεθνή πρότυπα και κριτήρια παραγωγικότητας.

Απασχολεί το 4-5% του ενεργού πληθυσμού έναντι 7% των ανεπτυγμένων χωρών και απορροφά περίπου το 7% του ΑΕΠ έναντι του 8-10% των άλλων χωρών. Η ποσοτική αυτή αύξηση όλων των εισροών στο υγειονομικό σύστημα (οικονομικοί και υλικοί πόροι, ανθρώπινο δυναμικό) οφείλεται στις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές μεταβολές που έλαβαν χώρα κατά τη δεκαετία του 1980 στην ελληνική κοινωνία, η οποία ακολούθησε πλέον το πρότυπο των βιομηχανικών χωρών. Γίνεται εμφανές, ότι η αύξηση αυτή των επί μέρους εισροών είχε σαν αποτέλεσμα τη συνολική αύξηση της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών κατά κύριο λόγο από το δημόσιο τομέα (Κυριόπουλος, 1990) .

Άλλο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου αποτελεί η συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, αποτέλεσμα της απαγόρευσης του νόμου 1397/83 περί ΕΣΥ και η εμφάνιση της παραοικονομίας, επακόλουθο μιας αλόγιστης πολιτικής τιμών.

Τέλος, στην αλματώδη αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας στη χώρα μας συνετέλεσε ο νοσοκομειακός τομέας , ο οποίος κατά την τελευταία δεκαετία απορροφούσε περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας.

Το ποσοστό αυτό σημαίνει ότι το μεγαλύτερο τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κατανέμεται στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία είναι σχεδόν και οι αποκλειστικοί φορείς νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας. Πρόσφατες μετρήσεις των νοσοκομειακών δαπανών τις εμφανίζουν κατά την τριετία (1989-1991) να απορροφούν ποσοστό μεγαλύτερο κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες από το 60% των δαπανών υγείας.

Είναι γεγονός ότι ο νοσοκομειακός τομέας από τα μέσα της δεκαετίας του '70 μέχρι και σήμερα έχει τεθεί στο επίκεντρο των προβληματισμών σ' όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συνεχώς και να προτείνονται διάφορες νέες τεχνικές, μέθοδοι, οργανωτικά σχήματα , που αποβλέπουν στη συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών (Γείτονα και συν., 1991).

Η ελληνική πραγματικότητα μέχρι στιγμής δεν έχει διερευνήσει ούτε εφαρμόσει ουσιαστικά κάποια πολιτική ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους και ως εκ τούτου προκύπτει το ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον αυτής της εργασίας.

5. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

Σταθμός στην ιστορία του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας αποτελεί ο **νόμος**

2882/22 (27/8/22) : « Περί Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας». Ο νόμος αυτός περιελάμβανε σειρά νομοθετημάτων με τα οποία καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες του νέου Υπουργείου, που ήταν η οργάνωση, η εποπτεία και ο συντονισμός των φροντίδων υγείας σ' όλη την ελληνική επικράτεια. Για πρώτη φορά οργανώνεται και ασκείται εποπτεία και συντονισμός σε θέματα δημόσια υγείας και πρόνοιας από το κράτος.

Νόμος 6298/34 (24-9/10-10-34): «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Ο νόμος αυτός τέθηκε σε εφαρμογή το 1937 και αποτελεί την απαρχή για τη χώρα μας του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης.

AN 965/37 (ΦΕΚ 476/32/24-11-37 τ.Α): "Περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων". Με το νόμο αυτό δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

AN 2369/40 "Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του AN 965/1937".

AN 2769/41 (ΦΕΚ 21/20/23-1-41 τ.Α): "Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του AN 965/1937 και του AN 2369/40".

Οι δύο προηγούμενοι νόμοι αναφέρονται σε προσωρινές ιδρύσεις νοσοκομείων από τον υπουργό Εθνικής Πρόνοιας και Οικονομικών σε έκτατες περιπτώσεις και σε άλλα παρεμφερή θέματα. Κύρια αφορούν θέματα πολέμου, χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής.

ΝΔ 2592/53 (ΦΕΚ 254/18-11-53 τ.Α) : « Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» σύμφωνα με αυτό το νομοθετικό διάταγμα διαιρείται η επικράτεια σε υγειονομικές περιφέρειες και κάθε υγειονομική περιφέρεια είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο των σ ' αυτή νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Ακόμα παραπέμπει σε παλαιότερες νομοθετικές ρυθμίσεις (AN 965/37) σύμφωνα με τις οποίες ισχύει: αύξηση νοσηλίων κατά 10 – 20% στα Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου και έκπτωση 20% υπέρ των νοσηλευομένων δημοσίων υπαλλήλων καθώς και των προστατευόμενων μελών τους στα Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου.

ΝΔ 3097/54 αναφέρεται σε πρόσθετες ιδιαιτερότητες των περιφερειακών γενικών νοσοκομείων κ.ά.

ΝΔ 3623/56 (ΦΕΚ 277/16/16-11-56 τ.Α): "Περί καθορισμού κατωτάτων ορίων ιατρικής αμοιβής και συνθηκών εργασίας των ιατρών". Αναφέρεται στην καταβολή ιδιαίτερας αμοιβής εκ μέρους των νοσηλευομένων σε νοσοκομεία που διαθέτουν κλίνες Α και Β θέσεως. Δηλαδή πρόσθετες αμοιβές γιατρών (ποσοστά), των οποίων το ύψος δεν

επιτρέπεται να υπερβαίνει το 20% των νοσηλίων ή εξετάσεων ή αναλύσεων των παραπάνω θέσεων. Ακόμα παρείχε τη δυνατότητα αύξησης των νοσηλίων κατά 10-20% στα Δημόσια Νοσοκομεία.

N3796/57 (ΦΕΚ 251/12-12-57 τ.Α): περί διαβαθμίσεως και εντάξεως προσωπικού κατέχοντος προσωρινάς θέσεις..... και τακτοποιήσεως ετέρων τινών κατηγοριών προσωπικού και άλλων τινών διατάξεων.....

Στο άρθρο 12 παρ. 13 αναφέρεται: "διά Β. Διατάγματος εκδιδόμενου προτάσει του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας καθορίζεται το τιμολόγιον νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Ιδιωτικών Κλινικών πάσης φύσεως και κατηγορίας κατ'αναλογίαν προς την ειδικότητα, την έδραν, τον αριθμόν κλινών κατά θάλαμον και την θέσιν νοσηλείας."

ΒΑ 8/15-5-58 (ΦΕΚ 73 τ.Α): "Περί καθορισμού του τιμολογίου νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει". Το τιμολόγιο των νοσηλίων των γενικών νοσοκομείων καθορίζεται για τη Γ θέση 100 δρχ., για τη Ββ θέση 150 δρχ., για Βα θέση 220 δρχ., για Α θέση 275δρχ. και για κλίνες πολυτελείας 350 δρχ. Προβλέπεται έκπτωση 20% στους Δ.Υ. επί των ημερήσιων νοσηλίων των ιδιωτικών ασθενών. Ακόμα καταβάλλεται περιορισμένο νοσήλιο από το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας για τους άπορους και διατηρούνται τα νοσήλια του ΙΚΑ στα επίπεδα του '56.

Διάταγμα της 15/23-8-58 (ΦΕΚ 128 τ.Α): "Περί συμπληρώσεως και τροποποιήσεως του από 8/15-5-58 Β.Δ..." κυρίως καθορίζεται κάποιο ποσοστό έκπτωσης για την παροχή νοσηλείας στους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ.

N 4169/61 (31-7-61) "Περί γεωργικών κοινωνικών ασφαλίσεων". Ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων.

ΒΑ 818/61 (ΦΕΚ 209/29-10/2-11/61 τ.Α): αύξηση του νοσηλίου των απόρων από 72 σε 90δρχ., το οποίο κατέβαλε το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

ΒΑ 795/71 (ΦΕΚ 282/30/31-12/71 τ.Α.): "Περί καθορισμού του τιμολογίου νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει". Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις αυτού του διατάγματος, οι τιμές στα Γενικά Νοσοκομεία έχουν ως εξής: Γ θέση 150δρχ., Ββ θέση 210 δρχ, Βα Θέση 300 δρχ. και Α θέση 330 δρχ. Η νοσηλεία σε κλίνες πολυτελείας, ως και σε κλίνες Α και Βα θέσεων δεν υπόκεινται σε τιμολόγιο, προκειμένου περί μη ασφαλισμένων ιδιωτών. Στην έννοια του νοσηλίου περιλαμβάνονται η ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, η διατροφή και κατ' εξαίρεση προκειμένου περί νοσηλίου Γ θέσεως περιλαμβάνονται αρκετές εργαστηριακές εξετάσεις, ορισμένα φάρμακα και ορροί. Για τη νοσηλεία ασφαλισμένων του ΙΚΑ στην

έννοια του νοσηλίου περιλαμβάνονται όλες οι εργαστηριακές, ακτινολογικές και πάσης φύσεως παρακλινικές εξετάσεις, καθώς και φάρμακα και ορροί, εκτός των περιλαμβανομένων σε πίνακες καταρτιζόμενους από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, μετά από έγκριση του ΔΣ του ΙΚΑ.

ΠΔ 315/74 (ΦΕΚ 118/30/30-4-74 τ.Α.): "Περί αύξησης της αμοιβής των Ιατρικών Πράξεων και Ιατροδικαστικών Υπηρεσιών". Η προβλεπόμενη αμοιβή των χειρουργών ιατρών αυξάνεται κατά ποσοστό 20%.

ΠΔ 316/74 (ΦΕΚ 118/30/30-4-74 τ.Α.): "Περί καθορισμού του τιμολογίου νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει και καταργήσεως συναφών τινών διατάξεων". Σύμφωνα με αυτό το προεδρικό διάταγμα το τιμολόγιο του ημερήσιου νοσηλίου των Γενικών Νοσοκομείων και των Γενικών Ιδιωτικών Κλινικών καθορίζεται:

Θέση Γ: 188 δρχ., θέση Ββ: 263 δρχ., θέση Βα: 375 δρχ., θέση Α: 412 δρχ.

Το τιμολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων καθώς και των τακτικών υπαλλήλων των ΝΠΔΔ και των μελών τους έχει ως εξής:

Θέση Γ: 175δρχ., θέση Ββ: 206δρχ., θέση Βα: 306δρχ και Α: 344δρχ.

ΠΔ 513/75 (ΦΕΚ 168/2/12-8-75 τ.Α.): "Περί καθορισμού τιμολογίου νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει, ως και εξόδων και αμοιβής ιατρών ορισμένων ειδικοτήτων". Καθορίζεται δηλαδή αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου κατά 25% και των χειρουργικών επεμβάσεων. Οι τιμές που προσδιορίζει είναι για το 1975.

Στη Γ θέση 235 δρχ., από 1-12-75 259 δρχ. και από 1-5-76 298 δρχ.

Στη Ββ θέση το 1975 329 δρχ., από 1-12-75 362 δρχ. και από 1-5-76 416 δρχ.

Στη Βα αντίστοιχα 469-516-593 και

Στην Α αντίστοιχα 515-567-652

ΠΔ 632/29-9-75: αύξηση στο τιμολόγιο των εργαστηριακών εξετάσεων και αμοιβών των γιατρών.

ΠΔ 957/79 (ΦΕΚ 267/1-12-79 τ.Α): "Περί καθορισμού τιμολογίων νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει...." Σύμφωνα με αυτό το ΠΔ καθιερώνεται το κλειστό (ενοποιημένο) νοσήλιο σ' όλες τις θέσεις νοσηλείας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των ιδιωτικών κλινικών. Το τιμολόγιο του κλειστού νοσηλίου στα Γενικά Νοσοκομεία Αθηνών - Πειραιώς - Θεσσαλονίκης καθορίζεται ως εξής :

Θέση Γ: 1430δρχ.

Θέση Ββ: 1750δρχ.

Θέση Βα: 2100δρχ.

Θέση Α: 2250 δρχ.

Στην έννοια του κλειστού νοσηλίου περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα και κάθε δαπάνη που πραγματοποιείται για τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Εξαιρούνται ορισμένες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας καθώς και ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, των οποίων οι τιμές προσδιορίζονται διαφορετικά.

ΠΔ 234/80 (ΦΕΚ 66/80/21-3-80 τ.Α): περί καθορισμού τιμολογίων νοσηλίων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και των Ιδιωτικών Κλινικών εν γένει. Ειδικότερα καθορίζει τα τιμολόγια νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων στις εξής τιμές:

Θέση Γ: 1430δρχ.

Θέση Ββ: 2150δρχ.

Θέση Βα: 2700δρχ.

Θέση Α: 3500δρχ.

Υπουργική απόφαση 9398 της 17-5-80 με την οποία καθορίζεται ιδιαίτερα αμοιβή του επιστημονικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για τη νοσηλεία σε θέση από Ββ και πάνω. Η ιδιαίτερη αυτή ιατρική αμοιβή καταβάλλεται πέρα από το εκάστοτε ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και καθορίζεται σε ποσοστά επ' αυτού, ανάλογα με τη φύση του περιστατικού (παθολογικό ή χειρουργικό) και ανάλογα με τη θέση που νοσηλεύεται. Τα ποσοστά στα παθολογικά περιστατικά επιβαρύνουν την τιμή του νοσηλίου κατά Ββ=8%, Βα=10%, Α=11% ενώ τα χειρουργικά κατά 20% εκτός της Γ θέσεως, η οποία σε καμιά περίπτωση δεν μεταβάλλεται η τιμή της.

ΠΔ 1071/80 (ΦΕΚ 272/1-12-80 τ.Α): περί καθορισμού τιμολογίων νοσηλίων των νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών». Στο άρθρο 1 το νοσήλιο αυξάνεται κατά ποσοστό 40% για συγκεκριμένες παθήσεις , π.χ. εγκαύματα και γενικά τα ποσά του κλειστού νοσηλίου στρογγυλοποιούνται στην επόμενη δεκάδα.

ΠΔ 1165/80 (ΦΕΚ 299/30-12-80 τ.Α): περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του ΠΔ 234/80 «περί καθορισμού τιμολογίου νοσηλίων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των ιδιωτικών κλινικών». Ειδικότερα αντικαθίστανται οι τιμές του ΠΔ 234/80 όσον αφορά τα έξοδα χειρουργείου, ναρκώσεως των νοσηλευομένων ασφαλισμένων ή μη σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία.

ΠΔ 1072/81 (ΦΕΚ 259/16-9-81 τ.Α): περί τροποποίησης και συμπλήρωσης το

ΠΔ 234/80. Το ΠΔ αυτό καθορίζει το τιμολόγιο συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων (πρώρων, νευροψυχιατρικών ιδιωτικών και δημοσίων νοσηλευτηρίων καθώς και την έννοια του "κλειστού" νοσηλίου.

N 429/83 (ΦΕΚ 159/4-11-83 τ.Α): τροποποιεί το ΠΔ 234/1980

N 1397/83 (ΦΕΚ 143/7-10-83 τ.Α): ο νόμος περί Εθνικού Συστήματος Υγείας καταργεί το ΝΔ 3623/56 που αφορά τις πρόσθετες αμοιβές των γιατρών, που έχουν ενταχθεί στο ΕΣΥ, ενώ εξακολουθούν να καταβάλλονται στους εκτός ΕΣΥ γιατρούς και πανεπιστημιακούς.

Ο ίδιος νόμος αναφέρεται στην οργάνωση, τη διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων των υπαχθέντων στις διατάξεις του ΝΔ 2592/53 και χαρακτηριστικό του νόμου είναι η πλήρης και αποκλειστική σχέση εργασίας του ιατρικού προσωπικού.

N 1579/85 (ΦΕΚ 217/85 τ.Α): ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις.

ΠΔ 187/85 (ΦΕΚ 75/26-5-85 τ.Α.): καθορισμός τιμολογίου νοσηλίου ιδιωτικών κλινικών της χώρας.

Υπουργική απόφαση Α3γ/Φ.15/2684 (ΦΕΚ 142/2-4-86 τ.β.): αύξηση νοσηλίου νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου της χώρας, που καθορίζεται με τις διατάξεις των άρθρων 1,4,5,6,7 του ΠΔ 234/80 κατά ποσοστό 25%.

Υπουργική απόφαση Α3γ/Φ.15/11131/18-6-86: αύξηση του τιμολογίου ημερήσιου νοσηλίου των ιδιωτικών κλινικών της χώρας, σε ποσοστό 14%.

6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

6.1 Πηγές και διαδικασία χρηματοδότησης των νοσοκομείων

Ο Γενικός Προϋπολογισμός του Κράτους είναι η σημαντικότερη πηγή

χρηματοδότησης των νοσοκομείων στη χώρα μας. Μέσω των τακτικών και έκτακτων επιχορηγήσεων καθώς και του προϋπολογισμού των δημοσίων επενδύσεων πραγματοποιούνται οι εισροές πόρων στα νοσοκομεία. Γίνεται εμφανές, ότι η κατανομή των δαπανών μέσω των προϋπολογισμών - τακτικών - έκτακτων - Δημοσίων Επενδύσεων επιβάλλει εκ των πραγμάτων την εμπλοκή της κεντρικής διοίκησης και ειδικότερα την εξάρτηση της νοσοκομειακής χρηματοδότησης από μια σειρά διαφορετικών φορέων - υπουργείων που αναγκαστικά συμμετέχουν στη διαδικασία χρηματοδότης των νοσοκομείων στη χώρα μας.

Το **Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας** χαράσσει μέσω του Γενικού Προϋπολογισμού του Κράτους κάθε έτος την εθνική οικονομική πολιτική.

Η στρατηγική αυτή υλοποιείται από το **Υπουργείο Οικονομικών**, το οποίο είναι αρμόδιο για τη διαχείριση των οικονομικών πόρων. Αυτό συντάσσει το Γενικό Προϋπολογισμό του Κράτους, τον υποβάλλει προς έγκριση στη Βουλή και στη συνέχεια τον κατανέμει στα διάφορα υπουργεία.

Το **Γενικό Λογιστήριο του Κράτους**, υπηρεσία του Υπουργείου Οικονομικών, κατανέμει και εγκρίνει τις δαπάνες του νοσοκομειακού τομέα.

Το **Υπουργείο Υγείας**, υπεύθυνο για την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής υγείας, συντονίζει και κατανέμει τους διατεθειμένους σ' αυτό πόρους μέσω της Νομαρχίας.

Το **Υπουργείο Υγείας** μέσω του προϋπολογισμού των Δημοσίων Επενδύσεων χρηματοδοτεί τις δαπάνες των νοσοκομείων για δημόσιες επενδύσεις. Οι δαπάνες αυτές προορίζονται για τη συντήρηση εγκαταστάσεων, αγορά και συντήρηση μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού καθώς και για διάφορες άλλες σημαντικές επενδύσεις.

Το **Υπουργείο Εμπορίου**, αρμόδιο για τον προσδιορισμό τιμολόγησης αγαθών και υπηρεσιών, μέσω της **Επιτροπής Τιμών και Εισοδημάτων** εμπλέκεται στον καθορισμό της τιμής του κλειστού νοσηλίου (ποσοστιαίες αυξήσεις) και την αγορά μηχανολογικού εξοπλισμού.

Η **Κοινωνική Ασφάλιση** μέσω των διάφορων ασφαλιστικών οργανισμών χρηματοδοτεί τα νοσοκομεία βάσει της προκαθορισμένης τιμής του κλειστού νοσηλίου από την Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων και του αριθμού των νοσηλευθέντων. Θεωρητικά, σύμφωνα με τη δομή και μορφή εξέλιξης του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα, θα έπρεπε η Κοινωνική Ασφάλιση να αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων σήμερα. Η καθήλωση όμως του κλειστού νοσηλίου σε χαμηλές τιμές επί σειρά ετών επέβαλε εκ των πραγμάτων τη

χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Άλλη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι **ιδιωτικές δαπάνες**, που αφορούν τα έσοδα από τη νοσηλεία σε βελτιωμένες θέσεις (συμμετοχή των ασθενών) ή ιδιωτών καθώς κάποιοι άλλοι πόροι, όπως έσοδα από δωρεές, κληρονομίες κ.α. Το ποσοστό αυτών των εσόδων είναι αρκετά χαμηλό, για να αξιολογηθεί σαν μια πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

6.2 Το Λογιστικό Σχέδιο των ΝΠΔΔ (Δημόσιο Λογιστικό)

Το Υπουργείο Οικονομικών μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους/Διεύθυνση ΝΔΠΠ εξέδωσε το 1982 τον «**Κώδικα κατάταξης εσόδων και εξόδων**» που χρησιμοποιείται από όλα τα ΝΠΔΔ για την ομοιόμορφη καταγραφή των εσόδων και των δαπανών τους. Ο κώδικας αυτός δεν είναι στατικός αλλά συνεχώς εμπλουτίζεται με νέους κωδικούς αριθμούς, που δημιουργούνται για ν' αντιμετωπισθούν οι ανάγκες ΝΠΔΔ και για τη σωστή διαχείριση τους.

6.3 Ο Προϋπολογισμός των Νοσοκομείων, Προβληματισμοί – Κριτική

Η διαδικασία κατάρτισης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών περιλαμβάνει τα εξής βασικά στάδια:

Στάδιο Α

Η σύνταξη του προϋπολογισμού γίνεται με τις ενδείξεις των αναγκών του προηγούμενου προϋπολογισμού και τις εκτιμήσεις για τις αυξήσεις της επόμενης χρήσης (incremental budgeting).

Στον τρόπο σύνταξης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών έχουμε τα εξής μειονεκτήματα :

α. Η λογιστική παρακολούθηση σύμφωνα με το ισχύον Δημόσιο Λογιστικό δεν μας δίνει τη δυνατότητα της κατανάλωσης αλλά τις αγορές που κάνουμε για το συγκεκριμένο ΚΑΕ. Με αυτόν τον τρόπο τα προβλεπόμενα ποσά της επόμενης χρήσης δεν είναι πραγματικά αλλά πλασματικά.

β. Η συγκεντρωτικότητα στην κατάρτιση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών και η έλλειψη ενημέρωσης και συμμετοχής των εργαζομένων (ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού) στην προϋπολογιστική διαδικασία.

Στάδιο Β

Κατά την υλοποίηση του προϋπολογισμού προκύπτουν:

α. Προβλήματα συγχρονισμού των εισροών – εκροών, προβλήματα διαχείρισης και ελέγχου των λογαριασμών, εφόσον τα έσοδα και τα έξοδα των νοσοκομείων αποκλίνουν συνήθως των προϋπολογισμένων.

Βασικός παράγων είναι η έλλειψη πραγματικού ελέγχου, ο οποίος επιβάλλεται σ' όλα τα λογιστικά συστήματα π.χ. διπλογραφικό, ενιαίο λογιστικό σχέδιο δεν είναι εφικτός με μονογραφικό λογιστικό τρόπο παρακολούθησης.

β. Προβλήματα στους λογαριασμούς που υπάρχουν αποκλίσεις, λόγω του ότι το σύστημα λειτουργίας του προϋπολογισμού .είναι άκαμπτο και δεν είναι δυνατή η άμεση μεταφορά προϋπολογιζόμενων ποσών από το ένα ΚΑΕ στο άλλο ΚΑΕ.

Στάδιο Γ

Κατά τον απολογισμό καταγράφονται σαν έσοδα οι εισπράξεις και οι επιχορηγήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά το απολογιζόμενο έτος, ενώ στην πραγματικότητα τα έσοδα αυτά πιθανά να αφορούν έσοδα του προηγούμενου οικονομικού έτους. Αυτό σημαίνει ότι για τους ασθενείς που νοσηλεύονται μέχρι την 31-12-88, τα νοσήλια τους εισπράττονται το 1989. Δηλαδή, ενώ είναι έσοδα που δημιουργήθηκαν το 1988 χαρακτηρίζονται και εισπράττονται (σύμφωνα με το Δημόσιο Λογιστικό) το 1989.

Κατά τον ίδιο τρόπο λειτουργούν και καταγράφονται στον απολογισμό τα έξοδα. Επειδή ο προϋπολογισμός δεν λαμβάνει υπόψη τα αποθέματα, που μπορεί να υπάρχουν σαν υλικό, θεωρεί σαν απολογιστέα έξοδα τα χρήματα που πληρώθηκαν για διάφορες αγορές προμήθειας υλικού ακόμη και αυτά που αγοράζονται και πληρώνονται την 31-12 του τρέχοντος έτους και καταναλώνονται τον επόμενο.

Επομένως, τα στοιχεία που χρησιμοποιούμε με το Δημόσιο Λογιστικό είναι πλασματικά γιατί απεικονίζουν μόνο της εισροή και εκροή χρημάτων, εφόσον σαν έξοδα μετρούνται μόνο οι πληρωμές.

6.4 Η χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής Περίθαλψης

6.4.1 Μηχανισμοί – Κριτήρια χρηματοδότησης

Από την μελέτη της ιστορικής και νομοθετικής ανασκόπησης της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας αποδεικνύεται ότι θεσμικά τουλάχιστον πηγή χρηματοδότησης της νοσοκομείων αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση. Δηλαδή. Τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τα διάφορα νοσοκομεία, τα οποία με τη σειρά τους τα χρηματοδοτούν με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, του οποίου οι τιμές προέκυπταν από ανάλογες συμβάσεις και τελούσαν υπό κυβερνητικό έλεγχο.

Επομένως, ο νοσοκομειακός τομέας μέχρι το τέλος περίπου της δεκαετίας του '70 στηριζόταν στη χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 η κοινωνική ασφάλιση αντικαταστάθηκε σαν πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, αποτέλεσμα μιας αυστηρότερης και αυθαίρετης παρεμβατικής πολιτικής τιμών. Μηχανισμός χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης θεσπίστηκε το κλειστό νοσήλιο, του οποίου η τιμολόγηση προσδιορίζεται από το Υπουργείο Υγείας, χωρίς να λαμβάνει σαν κριτήριο τουλάχιστον το μέσο πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας, αδιακρίτως της ασθένειας και της σοβαρότητας της περίπτωσης. Η αξία του αντιπροσωπεύει μόνο ένα πάγιο ποσόν που καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν από τη νοσηλευτική μονάδα του ασθενή σε μία μέρα.

Είναι γνωστές, από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι δυσμενείς συνέπειες από τη χρησιμοποίηση της οποιαδήποτε μορφής νοσηλίου. Ιδιαίτερα οικονομικά επαχθής και πληθωριστικός είναι ο τρόπος χρηματοδότησης με το κλειστό νοσήλιο. Αυτή είναι και η αιτία της διάστασης ανάμεσα στις πραγματικές και ονομαστικές τιμές, που παρατηρείται σήμερα στα ελληνικά νοσοκομεία με συνέπεια την εμφάνιση ελλειμματικών νοσοκομειακών προϋπολογισμών και την κάλυψη τους με από κρατική επιχορήγηση. Απ' αυτό γίνεται φανερό ότι η διατήρηση αυτού του μηχανισμού χρηματοδότησης συντείνει στη συνεχή διόγκωση των αντίστοιχων δαπανών και εμποδίζει την αναζήτηση της αποδοτικότητας και της ορθολογικής κατανομής των πόρων στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Skoutelis and Kyriakopoulos, 1991)

6.4.2 Κατανομή και Σύνθεση των Νοσοκομειακών Προϋπολογισμών

Η απουσία πολιτικής τιμών και η δραματική επιδείνωση των ελλειμμάτων των νοσοκομειακών προϋπολογισμών κατά τη δεκαετία του '80 εξαιτίας της εφαρμογής του κλειστού νοσηλίου γίνονται εμφανέστερες από τη μελέτη των Κοινωνικών Προϋπολογισμών.

Αν και τα στοιχεία είναι προϋπολογιστικά, παρουσιάζουν ενδεικτικά μεν αντιπροσωπευτικά δε, την προέλευση των πόρων της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας.

Με βάση τα στοιχεία των Κοινωνικών Προϋπολογισμών ετών 1973-1990 ανά πενταετία μελετήσαμε την προέλευση των εσόδων –εξόδων όλων των γενικών

νοσοκομείων της Ελλάδας.

Οι δαπάνες περιλαμβάνουν λειτουργικά έξοδα, αποδοχές προσωπικού, αγορές ακινήτων, ανέγερση – βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων, εξοπλισμό νοσοκομείων και λοιπά έξοδα.

Τα έσοδα προέρχονται από νοσήλια, επιχορήγηση, επιχορήγηση προγραμμάτων Δημοσίων Επενδύσεων, προσόδους περιουσίας και λοιπά έσοδα.

Οι πίνακες **9 και 10** παρουσιάζουν την ποσοστιαία σύνθεση των εσόδων- εξόδων των γενικών νοσοκομείων στη χώρα μας κατά πενταετία. Έτος έναρξης της μελέτης χρησιμοποιήσαμε το 1973, επειδή το έτος αυτό άρχισαν να εκδίδονται οι Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί από τη Διεύθυνση Οικονομικού της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σαν πηγές εσόδων μελετήσαμε τα έσοδα από νοσήλια και κρατική επιχορήγηση, τα οποία αποτελούν και τις βασικές πηγές χρηματοδότησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη χώρα μας.

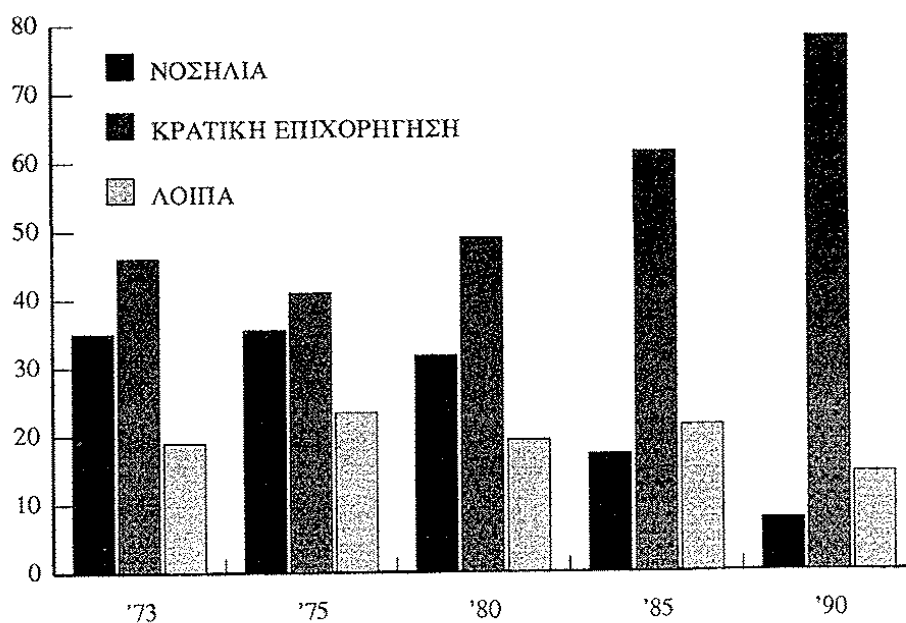
Από τη στήλη των νοσηλίων (**πίνακας 9**) παρατηρούμε διαχρονικά την ποσοστιαία συμμετοχή τους στο σύνολο των εσόδων. Το 1973 ξεκινούν από 35,0%, το 1980 31,7%, ενώ το 1990 φθάνουν περίπου στο 7,6% των εσόδων. Η ποσοστιαία αυτή αρνητική εξέλιξη της συμμετοχής των νοσηλίων στα έσοδα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών αρχίζει να επιδεινώνεται εξαιτίας της παρεμβατικής πολιτικής τιμών που χαρακτηριστικά άρχισε να εφαρμόζεται από το 1980. Η θεσμοθέτηση του νόμου περί κλειστού νοσηλίου και ο νόμος 1397/83 περί ΕΣΥ, σύμφωνα με τον οποίο όλα τα νοσοκομεία δημόσιου – ιδιωτικού δικαίου εντάχθηκαν στις διατάξεις του νόμου 2592/53, συνετέλεσαν στην επέκταση του κλειστού νοσηλίου σ' όλα τα δημόσια νοσοκομεία και κατ' επέκταση στην καθήλωση των τιμών των καταβαλλόμενων νοσηλίων.

Οι συνέπειες αρχίζουν να γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς κατά τι 1985 (**πίνακας 9, διάγραμμα 4**), έτος ολοκλήρωσης και εφαρμογής του Ν.1397/83 σ' όλη την Ελληνική επικράτεια.

Πίνακας 9
Ποσοστιαία Σύνθεση των Εσόδων των Δημοσίων Νοσοκομείων
(1973 – 1990)

Έτος	Νοσήλια	Κρατική Επιχορήγηση	Λοιπά Έσοδα	Σύνολο
1973	35.0	46.0	19.0	100
1975	35.6	41.0	23.4	100
1980	31.7	49.0	19.3	100
1985	17.2	61.4	21.4	100
1990	7.6	78.0	14.4	100

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Ίδιοι Υπολογισμοί



Διάγραμμα 4
Ποσοστιαία σύνθεση των εσόδων των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας, (1973 – 1990)

Η καθήλωση αυτή των τιμών συνετέλεσε στην ολοκληρωτική πλέον υποβάθμιση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και στην εκμηδένιση της πολιτικής τιμολογήσεων στην αγορά της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Η απουσία οποιωνδήποτε κριτηρίων χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση την προσφορά, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των προσφερομένων υπηρεσιών τους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν μια αλόγιστη πολιτική τιμών και όχι σαν μια επέκταση κοινωνικής πολιτικής, η οποία πιθανά θα στοιχειοθετούσε κάποιον αντίλογο.

Αναλυτικότερα, η ποσοστιαία εξέλιξη της συμμετοχής του νοσηλίου στα έσοδα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, όπως προκύπτει από τον πίνακα 9 έχει ως εξής:

Πίνακας 9.1
Ποσοστιαία Μεταβολή των Νοσηλίων
στα Έσοδα των Νοσοκομειακών Προϋπολογισμών

Πενταετία	Ποσοστιαία Μεταβολή (%)
1973 - 1975	1.7 (αύξηση)
1976 - 1980	10.9 (μείωση)
1981 - 1985	45.7 (μείωση)
1986 - 1990	55.8 (μείωση)
Δεκαετία	Ποσοστιαία Μεταβολή (%) *
1973 - 1980	9.4 (μείωση)
1981 - 1990	76.0 (μείωση)

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, ίδιοι υπολογισμοί

Από τα παραπάνω φαίνεται (**πίνακας 9**) ότι ενώ η ποσοστιαία μείωση των εσόδων από νοσήλια την πρώτη δεκαετία (1973-1980) ήταν περίπου 9,4% , τη δεύτερη δεκαετία, όπου εφαρμόστηκε η πολιτική του κλειστού νοσήλιου, η ποσοστιαία συμμετοχή των νοσηλίων στα έσοδα των νοσοκομείων μειώθηκε περίπου κατά 76%.

Η διατήρηση μέχρι και σήμερα του ίδιου νομοθετικού πλαισίου, όπως είναι φυσικό, επιρρίπτει το βάρος χρηματοδότησης στο κράτος.

Η στήλη της κρατικής επιχορήγησης (**πίνακας 9**) εμφανίζει ενδεικτικά ότι κατά την πρώτη δεκαετία το κράτος , ασκώντας κοινωνική πολιτική, επιχορηγούσε μέσω του κρατικού προϋπολογισμού τις δαπάνες για περίθαλψη του ελληνικού λαού κατά λιγότερο περίπου από το 50%, ενώ σήμερα ξεπερνά η επιχορήγηση το 78,0% των νοσοκομειακών εσόδων (**διάγραμμα 4**).

Η ποσοστιαία μεταβολή των προερχόμενων εσόδων από κρατική επιχορήγηση φαίνεται στον **πίνακα 9.2**.

Πίνακας 9.2
Ποσοστιαία Μεταβολή της Κρατικής Επιχορήγησης

Πενταετία	Ποσοστιαία Μεταβολή (%)
1973 - 1975	10.8 (μείωση)
1976 - 1980	19.5 (αύξηση)
1981 - 1985	25.3 (αύξηση)
1986 - 1990	27.0 (αύξηση)
Δεκαετία	Ποσοστιαία Μεταβολή (%)
1973 - 1980	6.5 (αύξηση)
1981 - 1990	59.1 (αύξηση)

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, ίδιοι υπολογισμοί

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται εμφανής η αντίστροφη μέτρηση της χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και η καθιέρωση του κράτους σαν αποκλειστικής πηγής χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Σ' αυτό το σημείο αποδεικνύεται η χρηματοδοτική γραφειοκρατική εμπλοκή που παρουσιάζει γενικότερα ο τομέας υγείας στη χώρα μας και ιδιαίτερα ο τομέας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Είναι σίγουρο, ότι η απεμπλοκή από το πρόβλημα της χρηματοδότησης δεν θα επιτευχθεί με την αποκλειστική ανάθεση της στην Κοινωνική Ασφάλιση ή στο Κράτος αλλά με την υιοθέτηση νέων τεχνικών. Η υιοθέτηση του σφαιρικού προϋπολογισμού, της συνολικής χρηματοδότησης, σαν μηχανισμού χρηματοδότησης, δεν πρέπει να θεωρηθεί νεωτερισμός. Τουναντίον ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης άτυπα και από τα πράγματα ισχύει, εφόσον οι πόροι προέρχονται κατά 80% περίπου από το κράτος.

Στον **πίνακα 10 και διάγραμμα 5** παρουσιάζεται η ποσοστιαία σύνθεση των εξόδων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Από την πλευρά των δαπανών μελετήσαμε τις δύο σημαντικότερες πηγές δαπανών, τα λειτουργικά έξοδα και τις δαπάνες για μισθοδοσία. Συγκρίνοντας αυτά τα ποσοστά διαχρονικά παρατηρούμε την ποσοστιαία μείωση των λειτουργικών δαπανών τη χρονική περίοδο 1973-1980 κατά 30,6% και στη συνέχεια την αύξηση τους τη δεκαετία του 1980 κατά 39,2% περίπου.

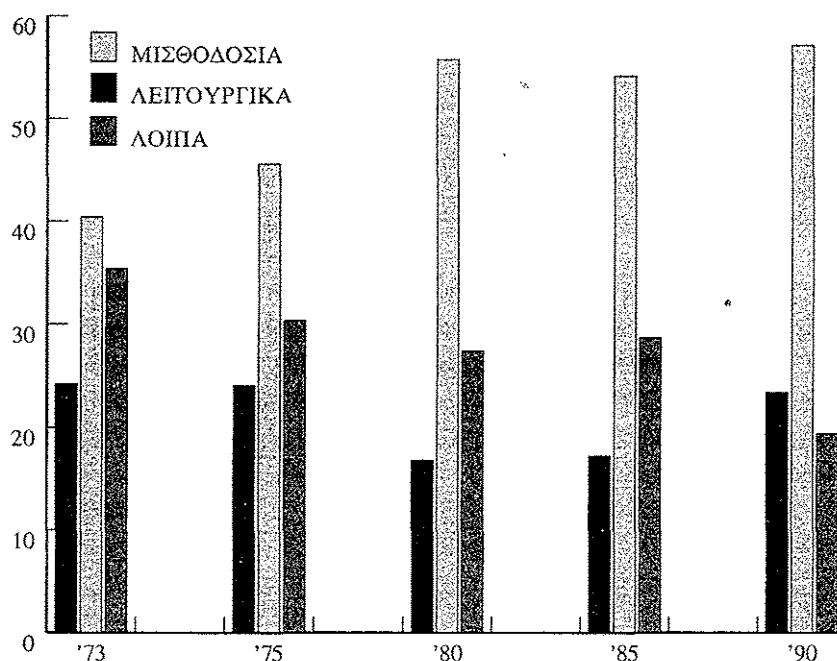
Οι δαπάνες μισθοδοσίας, παρά τη συνεχή αύξηση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας, συνάρτηση της προόδου της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, παρουσιάζουν μια έντονη αυξητική τάση την περίοδο 1973-1980 που φτάνει στο 38,1% και στη συνέχεια ο ρυθμός αύξησης μειώνεται (1981-1990) στο 2,5%. Η συνολική

μεταβολή των δαπανών μισθοδοσίας και κατά τις δύο

Πίνακας 10
Ποσοστιαία Σύνθεση των Εξόδων των Δημοσίων Νοσοκομείων
(1973-1990)

Έτος	Λειτουργικά	Μισθοδοσία	Λοιπά	Σύνολο
1973	24,2	40,4	35,4	100
1975	24,1	45,6	30,3	100
1980	16,8	55,8	27,4	100
1985	17,2	54,2	28,6	100
1990	23,4	57,2	19,4	100

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Ίδιοι υπολογισμοί



Διάγραμμα 5

Ποσοστιαία σύνθεση των εξόδων των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας
(1973 - 1990)

δεκαετίες παρουσίασε αύξηση 41,6%. Μια σημαντική παρατήρηση που προκύπτει από τη μελέτη των δύο πινάκων είναι ότι το άθροισμα των λειτουργικών δαπανών μισθοδοσίας ξεπερνά το 80% περίπου των νοσοκομειακών δαπανών, ποσοστό που συμπίπτει με αυτό της κρατικής επιχορήγησης και επομένως την απορροφά πλήρως.

6.5 Η Μέτρηση της Παραγωγικότητας των Νοσοκομείων

Η βιβλιογραφία που αναφέρεται στην αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος μας παραπέμπει στη χρησιμοποίηση όρων της οικονομικής ανάλυσης, της «**παραγωγής**» και «**παραγωγικότητας**» καθώς και στην ανεύρεση μεθόδων μέτρησης τους, γιατί έχει γίνει αποδεκτό ότι κάθε νοσοκομειακή μονάδα μπορεί να θεωρηθεί ως μία παραγωγική μονάδα.

Η παραγωγικότητα των νοσοκομείων μετράται με τη συνάρτηση παραγωγής Q_i : $F(I, N, \Delta, T, \Phi)$, η οποία δείχνει την τεχνική σχέση μεταξύ των εισροών - πόρων (I: ιατρικών, N: νοσηλευτικών, Δ: διοικητικών υπηρεσιών, Φ: φαρμάκων, T: ιατρικής τεχνολογίας) και εκροών (επίπεδο υγείας ασθενών ή έκβαση νοσηλείας).

Η θεωρία της παραγωγής δίνει τη δυνατότητα αποτίμησης της παραγωγικότητας ή αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών, δηλαδή μετά από σειρά οικονομικών διαδικασιών και δραστηριοτήτων μετασχηματίζει τις εισροές σε εκροές αγαθών και υπηρεσιών (Υφαντόπουλος, 1991).

Στη χώρα μας η αξιολόγηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων είναι περιορισμένη έως ανύπαρκτη, εφόσον απουσιάζει ενιαία συλλογή πληροφοριών, που θα αποτυπώνονταν σε νοσοκομειακούς δείκτες, τεχνικές τις οποίες ευρέως χρησιμοποιεί η διεθνής πρακτική. Παρ' όλες όμως τις δυσμενείς τεχνικές και οικονομικές συγκυρίες, μετρήσεις του ΟΟΣΑ και Ελλήνων ερευνητών δείχνουν ότι κατά τη δεκαετία του 1980 η παραγωγικότητα, αποδοτικότητα και διανομή των υπηρεσιών υγείας ήταν αρκετά υψηλή σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η εφαρμογή του ΕΣΥ συνέβαλε στη διόγκωση της προσφοράς και ιδιαίτερα στην αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών στο δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα, ενώ παράλληλα επιδεινώθηκε δραματικά η οικονομική κατάσταση των δημοσίων νοσοκομείων (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1991)

Με δεδομένο το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα που προσέδωσε στη χώρα ο Νόμος 1397/83 περί ΕΣΥ και τις οργανωτικές ελλείψεις που παρουσίασε, διαπιστώνουμε ότι πράγματι, η παραγωγικότητα των ελληνικών νοσοκομείων την περασμένη δεκαετία (1980-1990) αναβαθμίστηκε σημαντικά, ακολουθώντας σχεδόν τα διεθνή κριτήρια αποτελεσματικότητας και τους δείκτες νοσοκομειακής λειτουργικότητας. Αναλυτικότερα, **(πίνακας 11)** οι ανθρώπινοι πόροι αυξήθηκαν κατά 61% δεδομένου του ότι ο υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται σαν τομέας έντασης και υψηλού καταμερισμού της εργασίας και εξαιτίας του ότι το 75% περίπου των νοσοκομειακών προϋπολογισμών σχετίζεται με τις αμοιβές εργασίας.

Οι οικονομικοί πόροι από 3,8% στο ΑΕΠ το 1981 έφθασαν στο 5,3% του ΑΕΠ το 1987 και οι υλικοί, επενδύσεις από 0,08% του ΑΕΠ ετησίως έφθασαν το 0,25% αντίστοιχα, αυξήθηκαν δηλαδή κατά 213%.

Πίνακας 11
Εισροές και Εκροές στα Δημόσια Νοσοκομεία 1981 και 1987

Εισροές/Εκροές	1981	1987	Μεταβολή (%)
Ανθρώπινοι Πόροι	35.496	57.084	61
Οικονομικοί Πόροι	3.8% ΑΕΠ	5.3% ΑΕΠ	39
Υλικοί Πόροι	0.08% ΑΕΠ	0.25% ΑΕΠ	213
Νοσηλευθέντες	722.390	1.051.795	362
Εξετασθέντες Ε.Ι.	3.501.272	7.090.340	1.025
Χειρουργικές Επεμβάσεις	194.611	311.793	602
Εργαστηριακές Εξετάσεις	10.783.541	26.894.703	1494
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	9,2	7,2	-2
Κάλυψη Κλινών	74%	72%	-2
Νοσηλευθέντες ανά κλίνη	22	29,3	31,8
Εξετασθέντες ανά γιατρό	688,9	994,8	44,4

Πηγή: Τομέας Ιατρικής Οικονομίας Υγειονομική Σχολή Αθηνών

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των ασθενών σημείωσε πτώση από 9.2 ημέρες το 1981 έφθασε στις 7.2 ημέρες το 1987. Η κάλυψη των κλινών από 74% το 1981 έπεσε στο 72% με βάση το διεθνές κριτήριο της άριστης πληρότητας γύρω στο 75-80%.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανά κλίνη κατά τη διάρκεια του έτους από 22 άτομα έφθασε στο 29.3 το 1987, αυξήθηκε δηλαδή κατά 31.8%, ο δε αριθμός των εξετασθέντων ανά γιατρό στα νοσοκομεία από 688.9 έφθασε στο 994.8 αύξηση κατά 44.4%.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε το 1987 κατά 362%, οι εξετασθέντες στα Εξωτερικά Ιατρεία κατά 1025%, οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά 602%, οι εργαστηριακές κατά 1494%. Οι δείκτες αυτοί οφείλουν την αύξηση τους στο γεγονός ότι στα δημόσια νοσοκομεία το 1981 νοσηλεύονταν το 68.1 των ασθενών και το 31.9% στα ιδιωτικά. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών στα ελληνικά νοσοκομεία κατά την περίοδο 1980-1987 ήταν 24,3% σε τρέχουσες τιμές και ο πληθωρισμός στο νοσοκομειακό τομέα 21,5%, με αποτέλεσμα να απορροφά το 55-65% των δαπανών υγείας (Κυριόπουλος, 1990).

Ένα σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την αδρή αυτή καταγραφή των δεικτών παραγωγικότητας των νοσοκομείων στη χώρα, κατ' αυτήν τη δεκαετία, αποτελεί ότι η συνεχής αυξητική τάση που παρουσίασαν οι νοσοκομειακές δαπάνες, παρά την αλόγιστη κατανομή τους, μη βασισμένη σε κανένα κριτήριο τεχνικών αξιολόγησης, μπορεί να τις έστρεψε σε μη αποδοτικές δραστηριότητες αλλά τουλάχιστον συνετέλεσε στην αύξηση της παραγωγικής δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα.

Ένας από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης του παραγόμενου έργου αφορά τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών νοσοκομειακής φροντίδας. Στις ΗΠΑ και στη Δυτική Ευρώπη έχει αναπτυχθεί ενδιαφέρουσα δραστηριότητα προς αυτήν την κατεύθυνση. Τέτοιες έρευνες συμβάλλουν στη συλλογή πληροφοριών και στη δημιουργία βάσης δεδομένων για συγκριτική αξιολόγηση, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Στη χώρα μας έρευνες και μελέτες αξιολόγησης σε κάθε επίπεδο του υγειονομικού τομέα βρίσκονται σε προκαταρκτικό στάδιο. Έρευνα σχετική με την ικανοποίηση των χρηστών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες έδειξε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των εξερχομένων ασθενών από τα δημόσια νοσηλευτήρια είναι υψηλού βαθμού για τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες και μέτριου έως χαμηλού βαθμού για τις διοικητικές, οργανωτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (Κυριόπουλος και συν. 1990).

Από την παράθεση των παραπάνω νοσοκομειακών δεικτών διαπιστώνεται ότι οι εισροές και εκροές στο νοσοκομειακό τομέα τη δεκαετία του '80 παρουσίασαν αυξητική τάση. Η αύξηση της παραγωγής και η βελτίωση της παραγωγικότητας των δημοσίων νοσοκομείων στη χώρα μας επέδρασε θετικά στην κατανομή αγαθών και υπηρεσιών, ιδιαίτερα σε τμήματα του πληθυσμού που είχαν χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης.

Συμπερασματικά, στη χώρα μας δεν υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης του πραγματικού τελικού προϊόντος γεγονός που συντείνει σε μια αλόγιστη σπατάλη πόρων. Αιτία της παρούσας κατάστασης είναι η έλλειψη σύγχρονων τεχνικών οικονομικής διαχείρισης και αξιολόγησης, οι οποίες θα συνδυάζουν τη χρηματοδότηση της νοσοκομειακής μονάδας με το αποτέλεσμα της δραστηριότητάς της.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με στόχο τη διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης πρότασης, που αφορά στη μεταρρύθμιση και αναδιοργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα, επιχειρήθηκε σύντομη ανασκόπηση των κυριότερων μεθόδων χρηματοδότησης που εφαρμόζονται στις αναπτυγμένες χώρες. Στα πλαίσια της ανάλυσης των επί μέρους πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων του κάθε χρηματοδοτικού συστήματος διερευνήθηκαν και διάφορες νέες μέθοδοι οργάνωσης και διαχείρισης των νοσοκομείων, οι οποίες συνδυάζουν την προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων με σύγχρονες οργανωτικές, διοικητικές και διαχειριστικές τεχνικές.

Η συνεχής κινητικότητα που εμφανίζεται στο διεθνή χώρο σχετικά με τον έλεγχο και την κυριαρχία των νοσοκομειακών δαπανών έχει αναδείξει ως επικρατέστερες μεθόδους χρηματοδότησης των νοσοκομείων την ετήσια προοπτική χρηματοδότηση (global budget – Σφαιρικός προϋπολογισμός) που εφαρμόζεται από το 1984 στη Γαλλία, καθώς και τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups) που εφαρμόζονται από το 1983 στις ΗΠΑ. Κοινός τόπος των εναλλακτικών αυτών μεθόδων χρηματοδότησης, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και της διεθνούς πρακτικής, είναι ο συνδυασμός της μεθόδου χρηματοδότησης της κάθε νοσοκομειακής μονάδας με την αξιολόγηση της δραστηριότητά της. Η υιοθέτηση ενός τέτοιου συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων στην Ελλάδα, που θα στηρίζεται σε κριτήρια και μηχανισμούς με βάση το παραγόμενο έργο και την ποιότητα του, είναι βέβαιο ότι θα επιτύχει τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας, τον έλεγχο του κόστους και θα παρέχει παράλληλα κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας καθώς και στις υγειονομικές μονάδες με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητάς τους.

Κατά την εκπόνηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας αυτής διαπιστώθηκαν οι αδυναμίες και τα προβλήματα που παρουσιάζει το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας. Ο κυρίαρχος ρόλος της νοσοκομειακής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα υγείας και οι δυσμενείς επιπτώσεις που επιφέρει αποδεικνύεται από το υψηλό ποσοστό 60-65% των δαπανών υγείας που απορροφά, καθώς και τη χρηματοδοτική εμπλοκή και εξάρτηση που παρουσιάζει από το κράτος, όταν το 80-90% των κεφαλαίων της προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η σημερινή αδυναμία της μέτρησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος συντείνει σε μια αλόγιστη σπατάλη πόρων. Επακόλουθο αυτής είναι η

διόγκωση των δαπανών για την υγεία και η αδυναμία της αναζήτησης της αποδοτικότητας (efficiency) και της ορθολογικής κατανομής των πόρων στη νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Θεωρείται ότι ο προσανατολισμός του ελληνικού συστήματος χρηματοδότησης προς την προβλεπόμενη ετήσια συνολική χρηματοδότηση (global budget) παρέχει μεγάλη ευχέρεια ενσωμάτωσης της στο ελληνικό σύστημα. Πρώτον, εξαιτίας των κοινών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν το γαλλικό και ελληνικό σύστημα υγείας, που προκύπτουν από τον καθολικό και ουμανιστικό χαρακτήρα περί κοινωνικής προστασίας των δύο υγειονομικών συστημάτων και, δεύτερον, ένεκα του ότι άτυπα στη χώρα μας έχει καθιερωθεί η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, χωρίς όμως να είναι προβλεπόμενη και βασισμένη σε σαφή κριτήρια διαμόρφωσης του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών.

Με δεδομένο ότι η ύπαρξη ορθολογικού προγραμματισμού και οργάνωσης-διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων πρέπει να συνδέεται άμεσα με τα συστήματα χρηματοδότησης που ισχύουν για την εξασφάλιση της επιτυχίας μιας μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης των νοσοκομείων της χώρας μας πρέπει να υλοποιηθούν και οι ακόλουθοι επί μέρους στόχοι.

α. Η δημιουργία ενός φορέα **Δημόσιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης**, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την κατανομή των πόρων στα νοσοκομεία της χώρας και θα διαπραγματεύεται μεταξύ των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων και των νοσοκομείων τον καθορισμό των τιμών. Ένας τέτοιος φορέας θεωρείται ότι θα συμβάλλει στον επαναπροσδιορισμό και οριστικοποίηση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης, σαν πηγή προέλευσης των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα, και στην απεμπλοκή της μεσολάβησης των διάφορων φορέων στο σύνθετο και πολύπλοκο καθεστώς χρηματοδότησης που ισχύει σήμερα.

β. Στα πλαίσια της δημιουργίας του φορέα Δημόσιας Νοσοκομειακής Περίθαλψης και του διαπραγματευτικού ρόλου που θα κατέχει, όσον αφορά στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, απαιτούνται παρεμβάσεις που θα τροποποιούν το λογιστικό σύστημα των νοσοκομείων με την αποκατάσταση των πραγματικών τιμών της νοσοκομειακής φροντίδας. Επειδή έχει διαπιστωθεί ότι το ισχύον δημόσιο λογιστικό σύστημα απεικονίζει μόνο την εισροή και εκροή πόρων, προτείνεται η αντικατάσταση του από το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα. Το λογιστικό αυτό σύστημα απεικονίζει τις πραγματικές αξίες εσόδων και εξόδων για το λόγο ότι συνυπολογίζει τα τελικά αποθέματα. Το τελικό απόθεμα είναι η πραγματική αξία και θεωρείται σαν πραγματικό

έξοδο. Μέσα από τα πραγματικά έσοδα και έξοδα του νοσοκομείου, που διαμορφώνονται από την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος, πρέπει να γίνει η σύνταξη του προϋπολογισμού με λογαριασμούς εναρμονισμένους και πραγματικά κατευθυνόμενους στους στόχους του νοσοκομείου.

γ. Η μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης καθώς και του δημόσιου λογιστικού προαπαιτεί την ύπαρξη οργανωμένου νοσοκομειακού συστήματος πληροφόρησης. Η υλοποίηση ενός δικτύου πληροφορικής-μηχανοργάνωσης θα επιτρέπει μια συνεχή ροή αλληλοπληροφόρησης στο εσωτερικό του νοσοκομείου, στις σχέσεις του με τα άλλα νοσοκομεία και στη συνέχεια με ολόκληρο τον υγειονομικό τομέα.

δ. Σταδιακή βελτίωση και αναβάθμιση ορισμένων βαθμίδων περίθαλψης με ιδιαίτερη έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σκοπό την αποσυμφόρηση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Θεωρείται αναμφισβήτητο ότι στη διαχειριστική και χρηματοδοτική ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα επιβάλλεται η οικονομική διάσταση ορισμένων αποφάσεων, όπως έλεγχος στις τιμές των υπηρεσιών υγείας, η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος (ticket modérateur), η ορθολογική πολιτική νοσηλίου, τακτικές οι οποίες ασκούν πιέσεις στη διαμόρφωση της ζήτησης και προσφορών υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένη την πολυνομία που ρυθμίζει το σύστημα χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας, που προέρχεται από διάφορους νόμους, προεδρικά ακόμα και βασιλικά διατάγματα, εγκυκλίους, υπουργικές αποφάσεις, προτείνουμε την δημιουργία ενός **ενιαίου νομοθετικού πλαισίου**, που θα περιγράφει λεπτομερώς το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων, όπως γίνεται στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (Γαλλία, Αγγλία, Γερμανία).

ε. Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και εξαιτίας της σημαντικής επίδρασης που ασκούν στην έκταση και την ποιότητα των νοσοκομειακών φροντίδων, διαμορφώνοντας τον όγκο της προσφοράς και τη ζήτηση αυτών, θεωρείται αναγκαία η εισαγωγή **σύγχρονων τεχνικών διοίκησης-διαχείρισης (management)**. Η αναγκαιότητα για ορθολογική διαχείριση προκύπτει από την επιπρόσθετη ιδιαιτερότητα του τομέα υγείας και κατ' επέκταση του νοσοκομειακού, σαν σύστημα έντασης και καταμερισμού της εργασίας. Με δεδομένη την αναγκαιότητα αλληλεξάρτησης και αλληλοσύνδεσης του τομέα οργάνωσης – διοίκησης με τον τομέα χρηματοδότησης κρίνεται απαραίτητη η αντικατάσταση του ιεραρχικού management από το σύγχρονο συμμετοχικό, τη **Διοίκηση με Στόχους (Management by Objectives)**.

Σύμφωνα με το συμμετοχικό management, όπως αυτό εφαρμόζεται στις Δυτικοευρωπαϊκές χώρες, αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες σε τοπικό και εθνικό

επίπεδο, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η οικονομική αυτοτέλεια σ' όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Η εφαρμογή του συμμετοχικού management επιβάλλει την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού για την αποδοτική και αποτελεσματική πραγματοποίηση των επιδιωκόμενων στόχων. Αυτή επιτυγχάνεται με την παροχή κινήτρων και αντικινήτρων σε εθνικό, τοπικό αλλά και νοσοκομειακό επίπεδο που αφορούν στη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων (decision making), στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο (budgeting control), στη διαχείριση των πόρων (resource's management), στην οικονομική αξιολόγηση των προϋπολογιστικών μεθόδων και στην κλινική αξιολόγηση ορισμένων ιατρικών πρακτικών. Στη χώρα μας, η εισαγωγή της συμμετοχικής διοίκησης –διαχείρισης προαπαιτεί τη μεταρρύθμιση της διαχειριστικής δομής του νοσοκομείου, ενώ παράλληλα διατηρεί την υπάρχουσα οργανωτική δομή του (ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική υπηρεσία). Με αυτόν τον τρόπο θα παρέχεται η δυνατότητα συμμετοχής στους υπεύθυνους των τμημάτων, στους γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς στη λήψη αποφάσεων, στην προϋπολογιστική διαδικασία και, κατά συνέπεια, στη διοίκηση – διαχείριση του νοσοκομείου.

στ. Βασικός σκοπός κάθε μεταρρύθμισης είναι να μην ανατραπεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του υγειονομικού συστήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Εθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδος (1960-1990): Υπουργείο Συντονισμού, Γενική Διεύθυνση Εθνικών Λογαριασμών.

Γείτονα Μ. (1990): Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών ΠΦΥ Πρακτικά Εθνικού Συμποσίου Υγείας «Υγεία για όλους το 2000» 137-142.

Γείτονα Μ.(1991): Ενιαία Ευρώπη: Ενιαίο Ευρωπαϊκό Σύστημα Υγείας; Η Ευρώπη και εμείς. Τ. 2, 90-92

Γείτονα Μ. (1991): Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Εξελίξεις στον ευρωπαϊκό χώρο και στην Ελλάδα. Μύθος ή πραγματικότητα; Πρακτικά Ημερίδας Επιστημονικής Εταιρείας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. 38-41, Αθήνα.

Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α. (1991): Μέθοδοι και κριτήρια χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Μια πρώτη προσέγγιση. Ιατρικό Βήμα, Δεκέμβριος, 19-27.

Κατσός Σ. Μανιαδάκης Ν. Υφαντόπουλος Ι. (1991): Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Επιθεώρηση Βιοϊατρικής Τεχνολογίας Τ.3, τ.1, 9-14.

Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί (1973-1990): Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Κοντούλη-Γείτονα Μ., Νιάκας Δ, Κυριόπουλος Ι. (1991): Σφαιρικός Προϋπολογισμός Νοσοκομείων: Μια πρόκληση για την Ελληνική Πραγματικότητα. Επιθεώρηση Υγείας. 2, 4(11), 35-38.

Κοντούλη-Γείτονα Μ., Νιάκας Δ, Κυριόπουλος Ι.(1991): Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον διεθνή χώρο και στην Ελλάδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδας. Τ.3, τ.8, 9-16.

Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1991): Το Νοσοκομείο του 2000, συντονιστής και διαχειριστής της σύγχρονης τεχνολογίας. Η Ευρώπη και εμείς, Τ.5, 48-48.

Κυριόπουλος Ι. (1990): Ο Υγειονομικός Τομέας στη Δεκαετία του '80: Κέρδη και ζημίες. Επιθεώρηση Υγείας. Τ.1, Τ.7, 49-55.

Κυριόπουλος Ι. και συν (1990): Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. Η ικανοποίηση των χρηστών/ ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ιατρικό Βήμα, Τ.13, 19-27, Οκτώβριος.

Κυριόπουλος Ι. (1990): Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. European Institute of Social Security. Οι υπηρεσίες υγείας: οργάνωση-

διοίκηση – προγραμματισμός. Αθήνα.

Κυριόπουλος Ι. (1991): Ο Ανταγωνισμός στην Αγορά Υπηρεσιών- Η διεθνής εμπειρία και η Ελληνική προοπτική . Επιθεώρηση Υγείας. 2,5 (12), 41-46.

Κυριόπουλος Ι. , Νιάκας Δ. (1991): Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας. Αθήνα.

Κυριόπουλος Ι. Σισσούρας Α., Φιλαλήθης Τ. (1990): Τα συστήματα υγείας και η πρόσκληση της Ευρώπης μετά το 1992. Πρακτικά Διεθνούς Συμποσίου Υγείας. Αθήνα, 1991.

Λαδά-Χατζόπουλου Α. (1978): Η Δημόσια Υγεία-Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη-Σημερινά προβλήματα. Σύγχρονα Θέματα. Τ.3, 3-15, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Α. (1973): A measure of productive efficiency with application in incentive reimbursement for hospital care. Διδακτορική διατριβή. Michigan University.

Λιαρόπουλος Α. (1980): Εκτίμηση της προτεινόμενης νέας πολιτικής νοσηλίου και των επιπτώσεων στα νοσοκομεία ΝΠΙΔ. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας.

Λιαρόπουλος Α. (1990): Το προϊόν του Νοσοκομείου: θεωρητικά και πρακτικά προβλήματα μέτρησης. Επιθεώρηση Υγείας. Τ. 1, Τ. 7. 59-64, Αθήνα , 1990.

Μόσιαλος Η. (1990): Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Εκδ. Άνοιξη, Αθήνα.

Μπαλασοπούλου Α., Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Δρίζη Μπ., (1992): Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis Related Groups). Επιθεώρηση Υγείας Τ. 3, τ.5 (18) 42-46.

Νιάκας Δ. Κυριόπουλος Ι. (1989): Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και η ελληνική εμπειρία, Ιατρικό Βήμα. Τ.5. 18-22.

Προβόπουλος Γ. , Υφαντόπουλος Ι. (1990) : Ειδικά θέματα Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδ. Σάκκουλα. Αθήνα – Κομοτηνή .

Σκουτέλης Γ. (1990): Κοινωνικές Ασφαλίσεις, Ανάπτυξη και κρίση. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας. Αθήνα.

Υφαντόπουλος Ι. (1984): Οικονομική ανάλυση της λειτουργίας των νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1 (10), 314-327.

Υφαντόπουλος Ι. (1986): Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και Π.Φ.Υ. Ιατρική 50, 33-46.

Υφαντόπουλος Ι. (1988): Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. ΕΚΚΕ, Αθήνα.

*Υφαντόπουλος Ι., Μόσιαλος Η. (1989): Κοινωνικό Κράτος και Δαπάνες Υγείας .
Επιθεώρηση Υγείας, Τ.1, τ.1, 53-58.*

*Υφαντόπουλος Ι. (1991): Η παραγωγικότητα των υπηρεσιών υγείας. Ιατρικό
Βήμα, 40-45.*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς