

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

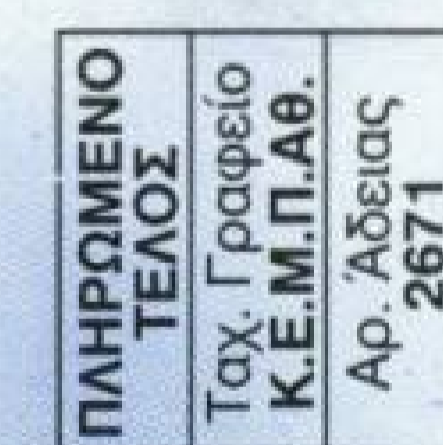
VEMA OF ASKLIPIOS

JULY-SEPTEMBER 2004 VOLUME 3 No 3

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Ηθική και δεοντολογία στη Νοσηλευτική
Έλεγχος ποιότητας και Νοσηλευτική
Το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της Υγείας
Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
Σεξουαλική αγωγή
Φερριτίνη ορού στη διατροφική ισορροπία
Λοιμώξεις από ενδαγγειακούς καθετήρες

Ethics and deontology in Nursing
Quality control and Nursing
Human force in Health systems
Health services financing
Sexual education
Serum ferritin in nutritional balance
Intravascular catheter-relate infections



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99 ΚΕΜΠ/Θ

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα

Ανασκοπήσεις

- Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στη Νοσηλευτική.** Π. Επιτροπάκης, Ν.Β. Φώτος 113
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο.** Σ. Δρακουλόγκωνα 118
- Η λειτουργική διασύνδεση του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα.** Ε. Λαχανά, Ζ. Ρούπα 124
- Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας.** Γ. Χατζηπουλίδης 130

Ερευνητικές εργασίες

- Σεξουαλική αγωγή. Αναγκαιότητα εφαρμογής της στο προπτυχιακό πρόγραμμα των ΤΕΙ.** Ε. Κοτρώτσιου, Ι. Παπαθανασίου, Ζ. Ρούπα, Ε. Λαχανά, Στ. Κοτρώτσιου, Θ. Παραλίκας 137
- Η φερριτίνη ορού. Μια πολύτιμη αξία στον έλεγχο του θρεπτικού ισοζυγίου.** Χρ. Μαρβάκη, Μ. Γουρνή, Α. Νέστωρ, Μ. Πολυκανδριώτη, Μ. Γούλα, Γ. Αργυρίου, Ε. Κυρίτση 142

Ειδικό άρθρο

- Λοιμώξεις από ενδαγγειακούς καθετήρες.** Ε. Αποστολοπούλου 147

- Οδηγίες για τους συγγραφείς** 155

Contents

Reviews

- Ethics and deontology in Nursing.** P. Epitropakis, N.V. Fotos 113
- The role of nurse while taking control of quality in a general hospital.** S. Drakoulogona 118
- The operational connection among human force in health system sector.** E. Lahana, Z. Roupa 124
- Health services financing. Its role in efficiency improvement.** G. Hatzipoulidis 130

Original papers

- Sexual education. Necessity of the implementation in the undergraduate program of TEI.** E. Kotrotsiou, I. Papathanasiou, Z. Roupa, E. Lahana, S. Kotrotsiou, Th. Paralikas 137
- Serum ferritin. A valuable index of nutritional balance.** Ch. Marvaki, M. Gourni, A. Nestor, M. Polikandrioti, M. Goula, G. Argiriou, H. Kiritsi 142

Special article

- Intravascular catheter-related infections.** E. Apostolopoulou 147

- Instructions to authors** 155

Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας Ο ρόλος της στη βελτίωση της αποδοτικότητας

Γ. Χατζηπουλίδης

MSc «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»,
Διευθυντής Τεχνικών Υπηρεσιών, Γενικό
Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

Περίληψη Τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν έντονα αυξητικές τάσεις σε όλες τις χώρες. Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, σε συνδυασμό με την υπέρογκη αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη για βελτίωση και διαρκή έλεγχο του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας και στην Ελλάδα. Δύο είναι τα κυρίαρχα χρηματοδοτικά συστήματα. Το πρώτο βασίζεται στην αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών και το δεύτερο στην προοπτική αποζημίωση. Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται αναδρομικά με βάση το ημερήσιο νοσήλιο. Ο τρόπος αυτός πληρωμής έχει διαπιστωθεί ότι λειτουργεί πληθωριστικά και δεν επιβάλλει κανόνες ορθολογικής λειτουργίας. Οι προσπάθειες εξορθολογισμού των δαπανών, θα πρέπει να στραφούν κυρίως προς την κατεύθυνση της προσφοράς, δηλαδή των παραγωγών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα και τη ζήτηση. Τα σημαντικότερα μέτρα που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες είναι η εφαρμογή νέων τρόπων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που χαρακτηρίζονται από την επιβολή συνοδικών, κλειστών, σφαιρικών προϋπολογισμών. Στην κατεύθυνση αυτή, επιβάλλεται η δημιουργία κατάλληλου μηχανισμού βάσεων δεδομένων για μέτρηση των δεικτών αποτελεσματικότητας και αποτίμηση του πραγματικού κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Για να έχει αποτέλεσμα η εφαρμογή και διαχείριση ενός σύγχρονου χρηματοδοτικού μοντέλου, στη βάση του προοπτικού προϋπολογισμού, πρέπει να συνδυασθούν όλες οι πηγές χρηματοδότησης, κυρίως ο κρατικός προϋπολογισμός και η κοινωνική ασφάλιση, για να αποτελέσουν ένα κοινό φορέα χρηματοδότησης. Αυτό, σε συνδυασμό με τις προσπάθειες γενικότερης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, έχει τη δυνατότητα να φέρει θεαματικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, με τη δημιουργία μιας νέας κουλτούρας συμμετοχής και υπευθυνότητας του προσωπικού και την ανάπτυξη της ιατρικής με βάση την κλινική μαρτυρία και διαμορφωμένες οδηγίες και ομαδοποιήσεις (DRGs). Απαιτείται όμως, ιδιαίτερη προσοχή κατά την εφαρμογή της μεταρρύθμισης του συστήματος χρηματοδότησης. Για να πετύχει, πρέπει να οργανωθεί και να προχωρήσει με προσεκτικά βήματα, θέτοντας πολλαπλές ασφαλιστικές δικλίδες.

Λέξεις κλειδιά: Χρηματοδότηση, υπηρεσίες υγείας, αποδοτικότητα, προϋπολογισμός

Key words: Health services, financing, efficiency, budget

Abstract **Health services financing. Its role in efficiency improvement.** G. Hatzipoulidis. MSc in "Health Units Management", Technical manager in General Hospital of Kavala, Kavala, Greece. *Vema of Asklepios* 2004, 3(3):130-136. **During the last decades, health expenses have presented tendencies of high increase in all countries. Economical limitation in combination with the huge increase in the demand of health services, have rendered the need for improvement and permanent control of health services financial system, imperative in Greece, too. Two are the main financial systems. The first one is based on the retrospective compensation of hospital benefits and the second one on the prospective compensation. In Greece, hospital financing takes place retrospectively on a base of daily medical expenses. This way of payment has been found that causes inflation and does not impose rational operation rules. All efforts to rationalize expenses, are supposed to be turned mainly to the direction of the offer, that is to say to the health services producers, who influence directly the demand, as well as the offer. The most important measures that apply**

in other countries are the application of new ways of health services financing, characterized by imposition of total, fixed, overall budgets. In this direction, it is imposed to create a suitable mechanism of data bases to measure the indicators of effectiveness and assess the real cost of hospital services. In order to have a good result, both the application and management of a modern financing model, based on a perspective budget, all sources of financing, and especially the government budget and social insurance, should be combined in order to constitute a common institution of financing. This, in combination with the essential general reformation of the Greek health system, is possible to bring spectacular changes in the operation of hospitals, creating a new culture of attendance and responsibility among the personnel and develop medicine based on clinical testimony and on shaped directives and regroupings (DRGs). However, particular attention during the application of the reformation of financing system, is required. This application, in order to be successful, should be organised and advanced with careful steps, putting down alternatively a lot of safety valves.

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν έντονα αυξητικές τάσεις σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με ρυθμό σημαντικά μεγαλύτερο του ρυθμού μεταβολής της οικονομικής ανάπτυξης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο τομέας της υγείας να καταναλώνει ένα διαρκώς αυξανόμενο τμήμα των εθνικών πόρων.

Στους παράγοντες, οι οποίοι συνετέλεσαν στην αύξηση του όγκου των υπηρεσιών υγείας, συγκαταλέγονται η εισαγωγή και ανάπτυξη της ιδιαίτερα δαπανηρής υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της συνακόλουθης γήρανσης του πληθυσμού, η μεταβολή του προτύπου νοσηρότητας με την επικράτηση χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, η υλοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που επικεντρώθηκε στο Νοσοκομειακό κυρίως τομέα, συνετέλεσε στην απότομη διόγκωσή του, με έντονο ρυθμό απορρόφησης υψηλής τεχνολογίας, αθρόες προσλήψεις προσωπικού και σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα την περίοδο 1982-1990.¹

Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ρόλο στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει η έλλειψη ορθολογικής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων, η έννοια δηλαδή της αποδοτικότητας του συστήματος, καθώς και μια σειρά από άλλους παράγοντες, που διαμορφώθηκαν σ' αυτό το πλαίσιο, όπως:

- Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με άλλες χώρες
- Οι παρατηρούμενες ανεπάρκειες στην κάλυψη υγειονομικών αναγκών
- Η αναποτελεσματικότητα του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος

- Η υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας.²

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα ποσά που δαπανώνται για την υγεία στην Ελλάδα, δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητα και δεν υπολείπονται σημαντικά από αυτά των αναπτυγμένων χωρών της ΕΕ και του ΟΟΣΑ. Είναι κοινή πεποίθηση ότι ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομειακών δαπανών αναλογεί σε σπατάλη οικονομικών πόρων.

Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, σε συνδυασμό με την υπέρογκη αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, αλλά και την επιτυχημένη εφαρμογή σύγχρονων χρηματοδοτικών συστημάτων σε άλλες χώρες, οδήγησαν και την Ελληνική κοινωνία να αντιληφθεί ότι είναι επιτακτική πλέον η ανάγκη να αποτελέσει μέλημα του κράτους ο σχεδιασμός, η βελτίωση και ο διαρκής έλεγχος του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την εξοικονόμηση πόρων, που μπορούν να διατεθούν σε άλλες σημαντικές κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας.

Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας-νοσοκομείων

Μία από τις σημαντικότερες αιτίες της διαρκούς αύξησης των δαπανών για την υγεία είναι ότι τα κλασικά πρότυπα χρηματοδότησης, που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα, ενδιαφέρονται περισσότερο για την αύξηση των οικονομικών εισροών, ενώ τα σύγχρονα χρηματοδοτικά συστήματα λειτουργούν σαν μηχανισμοί βελτίωσης των εκροών, με στόχο να συνδυάσουν την οικονομική αποδοτικότητα με τη διαχειριστική αποτελεσματικότητα.³

Σημερινή κατάσταση, μέθοδοι χρηματοδότησης

Έχει διαπιστωθεί ότι οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των

συνολικών δαπανών υγείας. Στη χώρα μας το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 50%. Η τάση αυτή έχει οδηγήσει σε διόγκωση των δαπανών αλλά και των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, επιτείνεται δε από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών που παρατηρούνται από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων.

Η κατάσταση αυτή αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο εμφανίζει περιοδικότητα και επαναληψιμότητα, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία και οφείλεται: στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με το ημερήσιο νοσήλιο, στην υποεκτίμηση του πραγματικού κόστους των υπηρεσιών, στην απουσία πραγματικών προϋπολογισμών και στην έλλειψη αξιόπιστων πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών.⁴

Ο κρισιμότερος παράγοντας που επιδρά στη συγκράτηση ή τη διόγκωση των δαπανών αφορά τη μέθοδο χρηματοδότησης.⁵

Δύο είναι τα κυρίαρχα χρηματοδοτικά συστήματα: το πρώτο βασίζεται στην εκ των υστέρων ή αναδρομική αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών και το δεύτερο στην εκ των προτέρων ή προοπτική αποζημίωση.³

Στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται με το ημερήσιο νοσήλιο. Αυτό πληρώνεται από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή ή από τον ίδιο.

Ο τρόπος αυτός πληρωμής έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί αύξηση του όγκου των παροχών και της διάρκειας νοσηλείας, λειτουργεί δηλαδή πληθωριστικά.⁶

Το ιατρικό σώμα και η διοίκηση του νοσοκομείου δεν έχουν κανένα κίνητρο για προσπάθεια μείωσης του κόστους. Αντίθετα, εφόσον ο μηχανισμός χρηματοδότησης προβλέπει την εκ των υστέρων αποζημίωση των νοσοκομειακών παροχών, υπάρχει η τάση διόγκωσης των ιατρικών πράξεων και παράτασης της νοσηλείας με στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης χρηματοδότησης. Παράλληλα, η αναδρομική αποζημίωση χωρίς ουσιαστικό έλεγχο, σε συνδυασμό με τις σοβαρές ελλείψεις κατάλληλων υποδομών και τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία των δημόσιων νοσοκομείων, δημιουργεί σημαντικά φαινόμενα παραοικονομίας και προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος της προκλητής ζήτησης κατευθύνεται στον καλύτερα οργανωμένο, και δυσανάλογα διογκωμένο, ιδιωτικό τομέα υγείας.

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η δυνατότητα υπερβολών στον τομέα αυτό, συνδέεται με τη χρηματοδότηση και αυτούς που πληρώνουν. Στην Ελλάδα το ρόλο του χρηματοδότη των νοσοκομείων παίζουν, κατά κύριο λόγο, χωρίς κανένα συντονισμό ή ενιαία δράση, οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας και ο κρατικός προϋπολογισμός. Ο τρόπος επιμερισμού των δαπανών, με τη διατήρηση ενός σταθερού και πολύ χαμηλού νοσηλίου για την πλευρά των ασφαλιστικών

οργανισμών, δεν δίνει κανένα κίνητρο για άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων. Η πολιτική τιμών των νοσηλίων, των ιατρικών πράξεων και των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας, στέλνει αρνητικά μηνύματα στους προμηθευτές και στους χρήστες υπηρεσιών υγείας και εμποδίζει την άμιλλα για την αναζήτηση της βέλτιστης επιλογής στη μικρότερη δυνατή τιμή.

Μία ακόμη σοβαρή αιτία της διαρκούς αύξησης του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών εντοπίζεται στην έλλειψη πληροφόρησης και οργάνωσης, καθώς και στη λειτουργία των νοσοκομείων μέσα σε κλίμα αβεβαιότητας όσον αφορά την ύπαρξη ιατρικών πρωτοκόλλων, ιατρικών βάσεων δεδομένων και εύκολα προσπελάσιμων αρχείων ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επικράτηση μιας τάσης παραπομπής για ακριβές εξετάσεις ή επανάληψη άλλων, με στόχο τη μείωση της αβεβαιότητας κατά τη διάγνωση. Στην κατάσταση αυτή συντελεί και η απόλυτη έλλειψη συνείδησης και ενδιαφέροντος από το ιατρικό σώμα για το οικονομικό κόστος. Το αποτέλεσμα, πολλές φορές, είναι απλώς η μεγαλύτερη ταλαιπωρία των ασθενών με άχρηστες ή επαναλαμβανόμενες ιατρικές εξετάσεις.

Είναι, επομένως, πασιφανές ότι ο σημερινός τρόπος αποζημίωσης των νοσοκομειακών δαπανών δεν επιβάλλει κανόνες ορθολογικής λειτουργίας των ιδρυμάτων και δεν προσφέρει κανένα κίνητρο για αποδοτικές συμπεριφορές των εργαζομένων, για προσπάθεια δηλαδή, βελτίωσης των προσφερομένων υπηρεσιών με ταυτόχρονο έλεγχο και μείωση του κόστους αυτών.

Οι δυσλειτουργίες όμως, που εμφανίζονται στα νοσοκομεία επηρεάζονται και από άλλες περιοχές του υγειονομικού τομέα και κυρίως από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, την έλλειψη συστήματος παραπομπής με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, την απουσία υπευθυνότητας και μηχανισμών που να φροντίζουν ώστε «τα χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς».⁷

Μέτρα επίλυσης του προβλήματος- Νέοι τρόποι χρηματοδότησης

Μέτρα συγκράτησης δαπανών. Μέχρι πρόσφατα, ελάχιστες προσπάθειες είχαν γίνει στην κατεύθυνση του ελέγχου και της μείωσης του τελικού κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης. Αντίθετα, τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει έντονα πληθωριστικό χαρακτήρα.

Τα τελευταία χρόνια, όμως, σε πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, παρατηρείται μια μεγάλη κινητικότητα προς την κατεύθυνση εξεύρεσης οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτών τρόπων ελέγχου του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας, χωρίς αυτό να έχει επίδραση στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρε-

σιών. Τα σημαντικότερα μέτρα που υιοθετήθηκαν σε άλλες χώρες είναι η εφαρμογή νέων τρόπων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που χαρακτηρίζονται κυρίως από:

- Την επιβολή συνολικών, κλειστών, σφαιρικών προϋπολογισμών
- Τη συγκέντρωση των πηγών χρηματοδότησης, με τη δημιουργία ενιαίου φορέα διαχείρισης πόρων υγείας
- Τον έλεγχο και εξορθολογισμό των προσλήψεων προσωπικού
- Τη δημιουργία μηχανισμού οικονομικών κινήτρων
- Τη συγκράτηση της επέκτασης του νοσοκομειακού τομέα, με έλεγχο και επαναπροσδιορισμό της προσφοράς νοσοκομειακών κλινών, ομαδοποίηση ή αλλαγή της χρήσης τους, μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και αύξηση της πληρότητας
- Την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, όπως το νοσοκομείο ημέρας και η νοσηλεία στο σπίτι
- Την βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τη σύνδεση και συνεργασία της με τα νοσοκομεία, μέσω του θεσμού του οικογενειακού γιατρού
- Την ορθολογικοποίηση των προμηθειών φαρμάκων, αναλωσίμων και βιοϊατρικής τεχνολογίας
- Τον περιορισμό εισόδου στο ιατρικό επάγγελμα, με ταυτόχρονη στρατηγική παροχής κινήτρων για την ανάπτυξη συγκεκριμένων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, όπως: γενικοί γιατροί, πληροφορικοί της υγείας, οικονομολόγοι της υγείας, κοστολόγοι, κλινικοί μηχανικοί κ.ά.^{4,8}

Νέοι τρόποι χρηματοδότησης νοσοκομείων. Η χρηματοδότηση ενός κλάδου παραγωγής είναι συνυφασμένη με τις οικονομικές παραμέτρους λειτουργίας του: τιμές, αγορές, κατανάλωση, αμοιβές συντελεστών παραγωγής, επενδύσεις κ.ά. Η διαδικασία χρηματοδότησης στηρίζεται στη συναλλαγή δύο παραγόντων: των παραγωγών και των καταναλωτών. Στον τομέα της υγείας όμως, παρεμβαίνουν ενεργά και άλλοι παράγοντες, όπως είναι το κράτος και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Το πλέγμα αλληλεξαρτήσεων που δημιουργείται καθιστά τη διαδικασία χρηματοδότησης ιδιαίτερα πολύπλοκη, με ανάγκη αυξημένου βαθμού παρέμβασης της δημόσιας εξουσίας τόσο στον τομέα της χρηματοδοτικής κάλυψης, όσο και στον τομέα της παραγωγής υπηρεσιών υγείας.⁹ Οι προσπάθειες παρέμβασης της πολιτείας επικεντρώνονται είτε στην πλευρά της ζήτησης είτε στην πλευρά της προσφοράς.

Όσες προσπάθειες όμως επικεντρώθηκαν στον έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, απέτυχαν για ένα

σημαντικό λόγο: η ζήτηση στον τομέα της υγείας δεν καθορίζεται αποκλειστικά από τους καταναλωτές και δεν είναι ανεξάρτητη από την προσφορά. Σοβαρή ιδιαιτερότητα αποτελεί το γεγονός ότι το ιατρικό σώμα επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση.

Ο ασθενής αναθέτει στο γιατρό τη λήψη απόφασης για τις ανάγκες του σε ιατρική περίθαλψη. Είναι επομένως σημαντικός ο βαθμός κατά τον οποίο η πλευρά της προσφοράς, λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης που κατέχει, επηρεάζει την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

Οι προσπάθειες εξορθολογισμού των δαπανών θα πρέπει να στραφούν, κυρίως, προς την κατεύθυνση της προσφοράς, των παραγωγών δηλαδή υπηρεσιών υγείας και αφορούν το ιατρικό σώμα, αλλά και τον τρόπο διοίκησης-διαχείρισης των νοσοκομείων.

Στην Ελλάδα, η προσπάθεια εφαρμογής σύγχρονων συστημάτων χρηματοδότησης έχει καθυστερήσει σημαντικά. Αυτό, από την άλλη πλευρά, προσφέρει ίσως την ευκαιρία αποτίμησης και αξιοποίησης των προσπαθειών άλλων χωρών στον τομέα αυτό, με την επιλογή του συστήματος με τα χαρακτηριστικά εκείνα, που αποδείχθηκε ότι μπορούν να φέρουν ουσιαστικά αποτελέσματα.

Οι βασικοί τρόποι βελτίωσης της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, που χρησιμοποιούνται σήμερα, στηρίζονται στη σύνταξη προοπτικών προϋπολογισμών και είναι:

- Ο συνολικός προϋπολογισμός (σφαιρικός, κλειστός) για μια συγκεκριμένη περίοδο
- Η πληρωμή με βάση ένα προαποφασισμένο νοσήλιο για κάθε ιατρική περίπτωση, ανάλογα με τη διάγνωση (ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες-DRGs)
- Η εφαρμογή ενός διαπραγματεύσιμου νοσηλίου, ανάλογα με τον όγκο των ιατρικών υπηρεσιών
- Μεικτά συστήματα.⁸

Στην επιλογή του τρόπου χρηματοδότησης και της αποδοτικής αξιοποίησής του, κυρίαρχο ρόλο παίζουν η συμπεριφορά των γιατρών και των διοικούντων, καθώς και το ιδιοκτησιακό καθεστώς, σε συνδυασμό με την εσωτερική οργάνωση και τον τρόπο διοίκησης-διαχείρισης των νοσοκομείων.

Το σημαντικότερο στοιχείο της μεθόδου χρηματοδότησης αφορά τα κίνητρα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που τη χαρακτηρίζουν. Η μέθοδος χρηματοδότησης μπορεί να αποτελέσει βασικό μοχλό κινητοποίησης του προσωπικού και συντελεστή μέτρησης της νοσοκομειακής αποδοτικότητας.

Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή μιας από τις μεθόδους προοπτικής χρηματοδότησης, οι οποίες έχουν να επιδείξουν επιτυχημένη εφαρμογή σε άλλες χώρες, αποτελεί η ύπαρξη επαρκών στοιχείων για την εκτίμηση

του μεγέθους του προοπτικού, κλειστού προϋπολογισμού. Τέτοια στοιχεία αφορούν:

- Τις εισροές, όπως: ώρες εργασίας ιατρών, κλίνες, τεχνολογία, φάρμακα κ.λπ.
- Ενδιάμεσες εισροές-εκροές, όπως: ιατρικές υπηρεσίες, εργαστηριακές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις, ξενοδοχειακές υπηρεσίες
- Τελικές εκροές: νοσηλευθέντες ασθενείς, ιατρικές περιπτώσεις ανά ειδικότητα, ασθένεια, διάγνωση
- Τελικό αποτέλεσμα: επίπεδο υγείας ασθενή.

Οι βασικοί δείκτες αυτών των μεγεθών είναι: ο αριθμός κλινών, αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών, ημέρες νοσηλείας, μέση διάρκεια νοσηλείας, πληρότητα, κάλυψη κλινών, ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλίνη, διάστημα εναλλαγής, δείκτες στελέχωσης, επενδύσεων, κόστος ανά ασθενή, κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κ.ά.¹⁰

Χωρίς την ύπαρξη των στοιχείων αυτών είναι πολύ δύσκολη, έως αδύνατη, η αποτελεσματική εφαρμογή προοπτικών μεθόδων χρηματοδότησης.

Για να μην οδηγηθεί το σύστημα σε αδιέξοδο, θα πρέπει να υπάρξει μια σταδιακή μετάβαση από την αδράνεια, που παρατηρείται σήμερα και την ολοκληρωτική έλλειψη κινήτρων, στη δραστηριοποίηση των διοικήσεων, των γιατρών και όλου του προσωπικού των νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων.

Στην πρώτη εφαρμογή του σφαιρικού προϋπολογισμού, υπάρχει σημαντική δυσκολία εκτίμησης του πραγματικά αναγκαίου ύψους αυτού, λόγω της έλλειψης επαρκών στοιχείων. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει η πρώτη προσέγγιση να γίνει με τη χρήση γενικότερων μεθόδων βασισμένων στη διεθνή εμπειρία, σε συνδυασμό με τον κατά κεφαλήν ορισμό αντιπίμου, λαμβάνοντας υπόψη τα όποια στοιχεία υπάρχουν (γεωγραφικά, κατανομής πληθυσμού, επιδημιολογικά κ.ά.) ή ακόμη και με εκπόνηση σφαιρικού προϋπολογισμού βασισμένου στο απολογιστικό κόστος, παρά το γεγονός ότι αυτό μπορεί προσωρινά να επιβραβεύει παγιωμένες τακτικές και συμπεριφορές.

Ταυτόχρονα, όμως, αποτελεί απόλυτη προτεραιότητα η ολοκλήρωση της δημιουργίας κατάλληλου μηχανισμού πληροφορικών συστημάτων και βάσεων δεδομένων για την καταγραφή και τήρηση ομοιογενών στοιχείων για τη μέτρηση των δεικτών που προαναφέρθηκαν, τη μέτρηση και αποτίμηση του πραγματικού κόστους, καθώς και της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα, με την επεξεργασία των πρώτων στοιχείων και την παράλληλη εκπαίδευση και εξοικείωση του ιατρικού σώματος με τις πρακτικές

αυτές, θα γίνει δυνατή η σύνταξη σφαιρικών προϋπολογισμών κατά τμήμα.

Η διεθνής εμπειρία έχει επιβάλει τον κλινικό προϋπολογισμό ως ένα από τα σπουδαιότερα εργαλεία διαχείρισης των νοσοκομείων, με βασικότερα χαρακτηριστικά τη συμμετοχή των γιατρών στη διαχείριση, στο σχεδιασμό και στον έλεγχο της κατανομής και χρήσης των διατιθέμενων πόρων μεταξύ των ιατρικών τμημάτων, επίγνωση του πραγματικού κόστους των πράξεών τους, δυνατότητα σύγκρισης με το προϋπολογιστικό κόστος και τα αποτελέσματα άλλων νοσοκομείων, παρακολούθηση τυχόν αποκλίσεων.

Ο προσδιορισμός και η ανάλυση του κόστους κάθε ιατρικού τμήματος, των χειρουργικών επεμβάσεων, των διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων, των φαρμάκων και των παραϊατρικών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών, θα επιτρέψει τη γρήγορη μείωσή του με ορθολογικότερη διαχείριση, χωρίς να επηρεαστεί καθόλου η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.

Η ύπαρξη και αποτίμηση δεικτών παραγωγικότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας θα επιτρέψει την επιβράβευση των προσπαθειών βελτίωσης και των επιτευγμάτων, όπου αυτά υπάρχουν σε επίπεδο νοσοκομείου, τμήματος αλλά και ατομικού των εργαζομένων, δίνοντας ένα ακόμα κίνητρο για παραπέρα βελτιώσεις.⁶

Σχεδιασμός εφαρμογής του νέου συστήματος. Για την αποτελεσματική εφαρμογή και διαχείριση ενός συστήματος πληρωμών στη βάση του προοπτικού προϋπολογισμού, απαιτείται να συνδυασθούν όλες οι πηγές χρηματοδότησης και κυρίως ο κρατικός προϋπολογισμός και η κοινωνική ασφάλιση και να αποτελέσουν ένα κοινό φορέα χρηματοδότησης.¹¹ Η δημιουργία του φορέα αυτού εξαγγέλθηκε πολλές φορές, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να έχει γίνει κάποιο ουσιαστικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή.

Η υλοποίηση ενός παρόμοιου σχεδιασμού θα πρέπει να προχωρήσει με ιδιαίτερα προσεκτικά βήματα. Η ένταξη των ασφαλιστικών ταμείων μπορεί να είναι εθελοντική. Όσα όμως, δεν συμμετέχουν θα είναι υποχρεωμένα να αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με τις πραγματικές τιμές που αναμένεται να συμφωνηθούν και όχι με τις σημερινές υποτιμημένες.

Η περιφερειακή κατανομή των δαπανών υγείας, υπάρχει δυνατότητα να γίνει με βάση επιστημονικές μελέτες κατανομής, βασισμένες σε πολλαπλά κριτήρια.

Για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες και οι διαφωνίες, ως προς το ύψος συνεισφοράς των ταμείων, μπορεί σε πρώτη φάση να συμφωνηθεί ότι αυτό θα ορισθεί ανάλογα με τον απολογισμό εξόδων προηγούμενων ετών και τον αριθμό των ασφαλισμένων, με προοπτική, σε σύντομο χρονικό διάστημα, να διαμορφώνεται με βάση

στοιχεία, δημογραφικά, γεωγραφικά, αναμενόμενης χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών κ.ά.¹²

Ο φορέας θα έχει τη δυνατότητα να συνάψει συμβάσεις με οποιοδήποτε προμηθευτή υγείας, δημόσιο ή ιδιωτικό, με γνώμονα την ποιοτική περίθαλψη, μετά από έλεγχο τήρησης των απαιτούμενων προδιαγραφών και αξιολόγηση των προμηθευτών.

Με λίγα λόγια, η ύπαρξη του φορέα αυτού δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, όπου υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση νοσοκομείων, αλλά και στις υπόλοιπες, για μεγάλο μέρος των παρεχομένων υπηρεσιών, καθώς και αποτίμησης των ιατρικών πράξεων σε ρεαλιστικά επίπεδα.

Ένας σημαντικός κίνδυνος για την πορεία υλοποίησης της μεταρρύθμισης αυτής αφορά τη διαμόρφωση του ύψους των νοσηλίων. Τα νοσοκομεία σε καθεστώς ανταγωνισμού θα υποχρεωθούν να αυξήσουν τα νοσήλια σε τιμές πραγματικού κόστους.

Η συγκέντρωση κάθε μορφής χρηματοδότησης στον ενιαίο φορέα, θα στερήσει, όμως, από τα νοσοκομεία τον εφησυχασμό της κάλυψης των ελλειμμάτων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η έλλειψη της κρατικής επιχορήγησης και η πίεση του ανταγωνισμού, στα πλαίσια λειτουργίας του ενιαίου ταμείου, θα αναγκάσει ουσιαστικά τα νοσοκομεία να βρουν τρόπους περιορισμού του κόστους.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επισήμανση ότι οι τεχνικές αυτές προϋποθέτουν την ύπαρξη μηχανισμών κεντρικού σχεδιασμού και ελέγχου. Ο δημόσιος τομέας της υγείας οφείλει να διαχειρισθεί με αποτελεσματικό τρόπο τη μεταρρύθμιση στον τρόπο χρηματοδότησης και να κρατήσει τις τιμές των νοσηλίων σε ανεκτά επίπεδα, μέσα από τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών.

Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος ενίσχυσης των ατελειών της αγοράς υπηρεσιών υγείας, από την εισαγωγή ανταγωνιστικών στοιχείων, με την απομάκρυνση ευπαθών ομάδων από τις υπηρεσίες υγείας ή την ενίσχυση του ιδιωτικού εις βάρος του δημόσιου τομέα υγείας.

Στα άμεσα ορατά οφέλη από τη λειτουργία ενός ενιαίου φορέα οικονομικής διαχείρισης μπορούν να αναφερθούν:

- Η απλούστευση των διαδικασιών, με τον περιορισμό της πολυδιάσπασης και της πολυπλοκότητας στην εξασφάλιση των παροχών για τους ασφαλισμένους
- Η επίτευξη χαμηλότερων τιμών στις προμήθειες υπηρεσιών υγείας, λόγω της ισχυρότερης διαπραγματευτικής θέσης του νέου φορέα
- Η επίτευξη οικονομικών κλίμακας στο διαχειριστικό κόστος και η εξοικονόμηση προσωπικού
- Ο περιορισμός της υπερβολικής συνταγογραφίας, με τον καλύτερο έλεγχο που θα ασκεί ο ενιαίος φορέας

- Η ισότητα των ασφαλισμένων στην πρόσβαση και στις παροχές των υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, η εμπειρία της επιτυχημένης εισαγωγής και εφαρμογής ανταγωνιστικών τεχνικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, καθιστά την πρόταση αυτή ως μια ιδιαίτερα ελκυστική προοπτική και για τη χώρα μας.⁵

Συνέπειες στην εσωτερική λειτουργία των νοσοκομείων από την υιοθέτηση των μέτρων

Η εισαγωγή στα νοσοκομεία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης, καθώς και δεικτών μέτρησης της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, έχει αρχίσει να αλλάζει σημαντικά ουσιώδεις λειτουργίες των νοσοκομείων όπως η διοίκηση και ο διαχειριστικός έλεγχος. Το ζητούμενο όμως είναι να υπάρξει μετάλλαξη της διοικητικής δομής με στόχο την ενεργητική συμμετοχή όλων, ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού.

Μεταξύ των βασικών επιδράσεων στην καθημερινή λειτουργία, που θα έχει η επίτευξη αυτού του στόχου, θα είναι:

- Η διαμόρφωση κατάλληλων προϋποθέσεων, με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων για κάθε δραστηριότητα, για τη μέτρηση της απόδοσης, την αντικειμενική αξιολόγηση και την επιβράβευση του προσωπικού
- Η προτυποποίηση αποδοτικών συμπεριφορών και ποιοτικών χαρακτηριστικών και η σύνδεσή τους με οικονομικά κίνητρα και αντικίνητρα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας νέας κουλτούρας συμμετοχής και υπευθυνότητας του προσωπικού, σε αντίθεση με τη σημερινή δημοσιοϋπαλληλική αδιαφορία
- Ο αποτελεσματικότερος έλεγχος της συμπεριφοράς των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, με συνέπεια να αποφεύγονται οι ακραίες συμπεριφορές
- Η δυνατότητα εντοπισμού των αδυναμιών του συστήματος και άμεσων διορθωτικών επεμβάσεων
- Η αξιοποίηση των σύγχρονων επιστημονικών επιτευγμάτων στους τομείς της πληροφορικής, της στατιστικής, της επιχειρησιακής έρευνας, της διοίκησης και της οικονομίας
- Η ανάπτυξη της ιατρικής με βάση την κλινική μαρτυρία, καθώς και διαμορφωμένες οδηγίες και ομαδοποιήσεις (DRGs), με τη στήριξη και των άλλων επιστημών υγείας
- Η αποφυγή των καθυστερήσεων στις πληρωμές των νοσηλίων, με τις γνωστές συνέπειες στη διόγκωση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων.⁸

Συμπεράσματα

Η υλοποίηση της μεταρρύθμισης του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, έχει καθυστερήσει σημαντικά, παρόλο που ανακοινώθηκε πολλές φορές.

Η οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων έχει κάνει πλέον επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής ενός σύγχρονου χρηματοδοτικού μοντέλου που να βασίζεται στην προοπτική χρηματοδότηση. Η εφαρμογή του, σε συνδυασμό με την γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, έχει τη δυνατότητα να φέρει θεαματικά αποτελέσματα.

Η πιο κατάλληλη μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, σήμερα, μπορεί να στηριχθεί στον κλειστό σφαιρικό προϋπολογισμό. Η εφαρμογή του μπορεί σύντομα, με τη δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων, να μας επιτρέψει να προχωρήσουμε στο επόμενο βήμα που είναι η εισαγωγή ενός συστήματος αποζημιώσεων με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (DRGs).

Ο τελικός στόχος θα πρέπει να είναι η μετεξέλιξη του χρηματοδοτικού μοντέλου σε ένα σύγχρονο ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης στη βάση του προϋπολογισμού κόστους ασθενή κατά περίπτωση. Όλες οι ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο αυτό θα επικρατήσει, στον Ευρωπαϊκό τουλάχιστον χώρο, την επόμενη δεκαετία και φαίνεται ότι επιτυγχάνει τη συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, την ορθολογική διαχείριση συνολικά του νοσοκομειακού συστήματος και την ουσιαστική αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος.⁶

Απαιτείται όμως, ιδιαίτερη προσοχή κατά την εφαρμογή του. Η απόλυτη αδράνεια της πολιτείας τα τελευταία χρόνια, στον τομέα αυτό, παρά τις ανακοινώσεις και την έκφραση αγαθών προθέσεων, η ανάπτυξη παγιωμένων συμπεριφορών και αντιλήψεων, καθώς και τα φαινόμενα παραοικονομίας που τις στηρίζουν, θα προβάλουν σημαντικές αντιστάσεις.

Για το λόγο αυτό η μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης πρέπει να οργανωθεί και να προχωρήσει με προσεκτικά βήματα, θέτοντας πολλές ασφαλιστικές δικλείδες και λαμβάνοντας υπόψη όλους αυτούς τους παράγοντες, καθώς και την ανάγκη το σύστημα χρηματοδότησης, εκτός των κινήτρων αποδοτικότητας, να δημιουργεί μια αλυσίδα ενεργειών και διασύνδεση όλων των επιπέδων περίθαλψης, αλλά και παροχή κινήτρων για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των εναλλακτικών μορφών ιατρικής φροντίδας, προς ανακούφιση του βεβαρημένου νοσοκομειακού τομέα.

Βιβλιογραφία

1. Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Κτενάς Ε, Δρίζη Μπ, Κοντογεωργάκη Ε. *Οι δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα: 1970-2000. Επιθεώρηση Υγείας* 1993, 4:52-56
2. Κυριόπουλος Γ, Καραλής Γ, Οικονόμου Μ. Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του ζητήματος). *Νοσοκομειακά Χρονικά* 1999, 61: 139-148
3. Σούλης Σ. *Οικονομική της Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1998:279-315
4. Κακλαμάνης Ν. Το ΕΣΥ πάσχει από έλλειμμα Οργάνωσης, Διοίκησης και Προγραμματισμού. *Επιθεώρηση Υγείας* 2003, 14:34-36
5. Σουλιώτης Κ. *Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2000:74-88
6. Κοντούλη-Γείτονα Μ. *Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 1992:25-55
7. Κυριόπουλος Ι. *Τα «συγκοινωνούντα δοχεία»*. Το Βήμα, 23-4-2000, Αθήνα
8. Πολύζος Ν. Οικονομική ανάλυση και διαχείριση. Στο: *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας* Δουμουλάκης Γ, Πολύζος Ν, Χρυσοχοϊδης Γ (συντ). Τόμος Β, «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διοίκηση/Διαχείριση Νοσοκομείων». Πάτρα, ΕΑΠ, 2000:24-48, 59-93
9. Δουμουλάκης Γ. Χρηματοδοτικές διαδικασίες. Στο: *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας* Δουμουλάκης Γ, Πολύζος Ν, Χρυσοχοϊδης Γ (συντ). Τόμος Β, «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διοίκηση Διαχείριση Νοσοκομείων». Πάτρα, ΕΑΠ, 2000:105-111
10. Λιαρόπουλος Λ. Ενδεικτική ανάλυση οικονομικής αποδοτικότητας και παραγωγικότητας επιλεγμένων νοσοκομείων και πολιτική επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας. *Το Σύγχρονο Νοσοκομείο* 1997, 3:15-17
11. Μπτρόπουλος Ι, Καρόκης Α, Σισσούρας Α. Θέσπιση κριτηρίων ισότητας στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 1994, 5:58-63
12. Νιάκας Δ. Χρηματοδότηση νοσοκομείων και αποτελεσματικότητα. *Επιθεώρηση Υγείας* 2000, 11:11, 12

Corresponding author: G. Hatzipoulidis, 39 An. Romilias street, GR-654 04 Kavala, Greece
e-mail: ghatzip@kav.forthnet.gr