

**Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**«ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ  
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ  
ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΥΓΕΙΑ. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ»**

**Εισηγητής: Παρασκευόπουλος Λεωνίδας**

**Σπουδάστρια: Βασιλειάδου Ευθυρία**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1999**

*Αφιερώνεται στον θείο μου Άγγελο Σταμπολίδη  
και την οικογένειά του*

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Ο.Φ.	: Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Σ.Υ.	: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Έ.Φ.Υ.	: Ενιαίος Φορέας Υγείας
Ι.Κ.Α.	: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Υ.	: Κέντρο Υγείας
οικ.	: οικονομικών
Πιν.	: Πίνακας
Τ.Α.	: Τοπική Αυτοδιοίκηση
Τ.Σ.Α.Υ.	: Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών
Φ.Ε.Κ.	: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
D.R.G.	: Diagnosis Related Group
H.M.O.	: Health Maintenance Organizations

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	1
Στόχοι της μελέτης	2
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ</b>	
1.1 Διεθνής κρίση του υγειονομικού τομέα	3
1.2 Κρίση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ</b>	
<u>Γενικά</u>	7
2.1 Παρεμβάσεις στην οργάνωση του συστήματος υγείας	8
2.1.1 Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	8
2.2 Έλεγχος των ιατρικών πράξεων	9
2.2.1 Αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές	9
2.2.2 Πληρωμή κατά κεφαλή – Οικογενειακός γιατρός	9
2.3 Σύγχρονες μέθοδοι διοίκησης και χρηματοδότησης των υγειονομικών μονάδων.	10
2.3.1 Ομογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες	10
2.3.2 Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας	11
2.3.3 Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών	11
2.3.4 Δίκτυο Συντονισμένων Φροντίδων	12
2.3.5 Σφαιρικός προϋπολογισμός	12
2.4 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή	13
2.4.1 Χρήσεις της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή με σκοπό την συγκράτηση του κόστους	14
2.4.2 Η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στην ισότητα (οικονομικής πρόσβασης)	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ</b>	
<u>Γενικά</u>	18
3.1 Κρατήσεις	20
3.2 Συνεισφορά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία	20
3.3 Ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας	21
3.4 Οριο μέγιστων παροχών	21
3.5 Ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης	22
3.6 Συμπληρωματικές αμοιβές	22
3.7 Λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων	23

3.8	Αποκλεισμοί από την κάλυψη	23
-----	----------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

<u>Γενικά</u>		25
---------------	--	----

### **ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

4.1	Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης	26
4.2	Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος της Νοσοκομειακής Περιθαλψης	31
4.3	Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος της Φαρμακευτικής Περιθαλψης	35
4.4	Τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στη συνολική δαπάνη υγείας	39
4.5	Τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στην ισότητα οικονομικής πρόσβασης	40
4.6	Διεθνής συγκλίσεις πολιτικών υγείας	41

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

4.7	Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Ελλάδα	42
4.7.1	Πρωτοβάθμια περίθαλψη	42
4.7.2	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	43
4.7.3	Φαρμακευτική Περίθαλψη	44
4.8	Οι αδυναμίες των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας	44
4.8.1	Οι αδυναμίες των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ	44
4.8.2	Οι αδυναμίες των τελευταίων μεταρρυθμίσεων	46

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΤΕΡΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ**

<u>Γενικά</u>		50
5.1	Τα συμπεράσματα από την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος ως πολιτική συγκράτησης του κόστους	51
5.2	Προτάσεις για την θέση της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στο ελληνικό σύστημα υγείας.	52
5.3	Πρόταση για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος με την εισαγωγή και πολιτικών από την πλευρά της προσφοράς	53
5.3.1	Δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας	55

5.3.2	Εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας	57
5.3.3	Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης με την ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού	58
5.3.4	Αλλαγή του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και αποζημίωσης του προσωπικού των νοσοκομείων και κέντρων υγείας	59
5.3.5	Ανάπτυξη περιφερειακής πολιτικής στον τομέα της υγείας	60
5.3.6	Κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες	60
	<b>Επίλογος</b>	62
	<b>Βιβλιογραφία</b>	63
	<b>Παραρτήματα</b>	
	<b>Παράρτημα I</b>	
	- Ιατρικές επισκέψεις και παρακλινικές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία Κρατικών Νοσοκομείων αποκλειστικές αδελφές – νοσηλεία λόγω τοκετού (για τους ασφαλισμένους του ΤΣΑΥ).	
	- Οι τροποποιήσεις που αφορούν το κόστος των νοσηλείων (για τους δημόσιους υπαλλήλους).	
	- Φ.Ε.Κ. 99/Α/98 – Υπουργικές αποφάσεις και εγκρίσεις (Αριθμ. Υ4α/οικ. 1320) για τον ορισμό του νοσηλίου των Νοσοκομείων.	
	<b>Παράρτημα II</b>	
	- Οδηγίες και διευκρινήσεις πάνω στην αριθμ. Υ4α/οικ/1320-98 (Φ.Ε.Κ. 99/Α/98) για την σωστή εφαρμογή της κοινής Υπουργικής Απόφασης.	

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

	Σελ.
<b>ΠΙΝ. 1</b> Οι κατά κεφαλήν επισκέψεις σε γιατρούς το 1990 σε διάφορες χώρες	28
<b>ΠΙΝ. 2</b> Οι μορφές της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που επέλεξαν διάφορες χώρες.	30
<b>ΠΙΝ. 3</b> Οι κατά κεφαλήν ημέρες νοσηλείας το 1990 σε διάφορες χώρες	32
<b>ΠΙΝ. 4</b> Οι μορφές της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος της Νοσοκομειακής Περίθαλψης	34
<b>ΠΙΝ. 5</b> Έλεγχος τιμών και κάλυψη δαπάνης για φάρμακα.	37
<b>ΠΙΝ. 6</b> Δαπάνες για φάρμακα	38
<b>ΠΙΝ. 7</b> Κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων το 1989 σε διάφορες χώρες	38
<b>ΠΙΝ. 8</b> Το ποσοστό δαπανών στο ΑΕΠ για δαπάνες υγείας το 1990 σε διάφορες χώρες	39

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 1963 ο καθηγητής Arrow υποστήριξε ότι το αγαθό υγεία δεν είναι όπως τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και ότι οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν να προσφέρουν αποτελεσματικά κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Ακολουθώντας τον Arrow μια νέα σχολή οικονομολόγων ανέπτυξε μια σειρά επιχειρημάτων που δείχνουν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Η σχολή υποστήριξε ότι υπάρχουν ορισμένες ηθικές κοινωνικές αξίες που απαιτούν την κρατική παρέμβαση για να διατηρηθούν. Η κεντρική φιλοσοφική αρχή της σχολής αυτής είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να κατανέμονται με κριτήριο τις υγειονομικές ανάγκες και όχι την αγοραστική δύναμη του ατόμου. Κανένα άτομο στην κοινωνία, δεν θα πρέπει να αποκλεισθεί από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, απλά και μόνον, γιατί δεν έχει την οικονομική δύναμη να αντικαταβάλει την απαιτούμενη τιμή ή την αμοιβή που απαιτεί το νοσοκομείο ή ο γιατρός. Εξάλλου, τα οφέλη ενός προγράμματος γενικού εμβολιασμού ή θεραπείας μιας λοιμώδους ασθένειας, δεν περιορίζονται μόνο σε ιδιωτικά οφέλη αλλά και σε κοινωνικά.

Η υποστήριξη της αναγκαιότητας για κρατικό παρεμβατισμό, θα πρέπει να συμπληρωθεί με την έρευνα των τρόπων που θα χρησιμοποιηθούν για να εξασφαλιστεί κοινωνικά δίκαιη και οικονομικά αποδοτική κατανομή των πόρων υγείας. Η οικονομική ανάλυση με τις σύγχρονες μεθόδους που έχουν αναπτυχθεί και η διεθνής εμπειρία στον τομέα της υγείας, μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για την διαμόρφωση οικονομικών προγραμμάτων και για την ορθολογικότερη άσκηση της κοινωνικής πολιτικής.



## ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή εξετάζει προτάσεις πολιτικής στο τομέα της υγείας, (ειδικά την περίπτωση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών), οι οποίες αφορούν την συγκράτηση του κόστους και βασίζονται στην ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας. Σκοπός, η αναζήτηση ορθολογικότερων προγραμμάτων.

### Οι στόχοι της μελέτης είναι οι εξής:

1. Η περιγραφή των μορφών συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας.
2. Ο προσδιορισμός των τρόπων με τους οποίους η συμμετοχή αυτή επιδρά στους στόχους του συστήματος υγείας. Όσο το επιτρέπει η μικρή εμπειρία των χωρών αυτής της πολιτικής.
3. Η αποτίμηση της διεθνούς εμπειρίας και η διερεύνηση των δυνατοτήτων αξιοποίησής της από τη χώρα μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

#### 1.1 Διεθνής κρίση του υγειονομικού τομέα

Τα διάφορα συστήματα υγείας που σταδιακά αναπτύχθηκαν και λειτούργησαν από την περίοδο της βιομηχανοποίησης, βασίστηκαν στην θεραπευτική ιατρική. Το νέο ιατρικό μοντέλο έδωσε μεγάλη έμφαση στη Δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα. Τα νοσοκομεία απορροφούσαν τους περισσότερους πόρους του τομέα υγείας και θεράπευαν μόνο το 10-20% της αρρώστιας, ενώ η Πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα είχε συρρικνωθεί σημαντικά.

Τα τελευταία χρόνια, με βάση τα σύγχρονα δεδομένα για τη φύση της αρρώστιας, έχει αποδειχθεί ότι αυτή δεν καθορίζεται μόνο από το διαλογικό υπόστρωμα αλλά περισσότερο από το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι τα συστήματα περίθαλψης που είχαν μέχρι τότε αναπτυχθεί όχι μόνο δεν κάλυπταν τις ανάγκες υγείας, αλλά οδηγούσαν και σε ολοένα αυξανόμενο κόστος. Η μεγάλη απορρόφηση πόρων, από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, θεωρείται παράγοντας που παρεμποδίζει την ικανοποίηση των αναγκών υγείας.

Η κρίση των υγειονομικών συστημάτων έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη αναπροσανατολισμού τους, λαμβάνοντας υπόψη τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος. Τα υγειονομικά συστήματα οδηγούνται στην αναπροσαρμογή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου των υπηρεσιών τους. Σκοπός των αλλαγών αυτών είναι η επίτευξη και διατήρηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της λειτουργικότητάς τους.

Οι επίμονες προσπάθειες ελέγχου της προσφοράς, της ζήτησης, του υψηλού κόστους των υπηρεσιών υγείας, καθώς και συνεχής διακίνηση ιδεών και η ανταλλαγή εμπειριών, αποτελούν τα βασικά κοινά χαρακτηριστικά των

υγειονομικών συστημάτων των αναπτυγμένων χωρών. Τα χαρακτηριστικά αυτά δημιουργούν ένα ευρύ ιδεολογικό κίνημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας και προτρέπουν στην αναζήτηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς 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. Κοινή πεποίθηση αποτελεί ότι οποιαδήποτε απαιτούμενη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας, βασισμένη στην εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και διαχείρισης, λειτουργεί καταλυτικά και συμβάλλει στη ριζική αναμόρφωσή του.

## **1.2 Η κρίση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα**

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις της τελευταίας δεκαετίας, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα. Τόσο στην οργάνωση και λειτουργία, όσο και στη χρηματοδότηση και αποτελεσματικότητά του.

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

Το ζήτημα της χρηματοδότησης υποτιμήθηκε συστηματικά σε όλες τις προσπάθειες ανασυγκρότησης των υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες εστιάστηκαν αποκλειστικά στην προσφορά και ιδιαίτερα σε ευκαιριακές

διευθετήσεις των εργασιακών σχέσεων των γιατρών. Η πρακτική αυτή έγινε σε συνδυασμό με τα διαρκώς διευρυνόμενα ελλείμματα της κεντρικής διοίκησης καθώς επίσης και την πρόσφατη χρηματοδοτική κρίση του υγειονομικού τομέα. Ειδικότερα, ενώ τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα δεν επιτρέπουν την επέκταση της χρηματοδότησης και η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού μειώνεται αισθητά, οι ενδεχόμενες ρυθμίσεις αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών, δεν αποφέρουν έσοδα σύμφωνα με τους προσδοκώμενους σχεδιασμούς, δεδομένης της οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας.

Γι' αυτό η προσπάθεια αναπλήρωσης πόρων από την κοινωνική ασφάλιση, διαμέσου της αύξησης των τιμών, είναι ανεπιτυχής. Τα ελλείμματα της κοινωνικής ασφάλισης μεταφέρονται στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, παρά την αύξηση στις τιμές των υπηρεσιών υγείας, ευθύνονται για την εμφάνιση ελλειμμάτων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Είναι φανερό ότι λειτουργεί ένας φαύλος κύκλος ελλειμμάτων στον τομέα υγείας.

Το ενιαίο ταμείο που θα προέκυπτε από την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων δεν έγινε ποτέ και έτσι, οι διαφοροποιήσεις τόσο στο ύψος των εισφορών όσο και στο εύρος των παροχών μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων διατηρήθηκαν. Το Υπουργείο Υγείας συνεχίζει μέχρι σήμερα, να καθορίζει το κόστος των ιατρικών πράξεων, που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία προς τους γιατρούς και τα νοσοκομεία. Το ύψος των αμοιβών, ειδικότερα στα νοσήλια των νοσοκομείων, παραμένει πολύ χαμηλότερο του πραγματικού κόστους, παρά τον εξαπλασιασμό του ύψους αυτών την περίοδο 89-93. Λόγω αυτού, τα δημόσια νοσοκομεία οδηγούνται σε συνεχώς μεγαλύτερα ελλείμματα και εξαρτώνται όλο και περισσότερο από τις επιχορηγήσεις της κυβέρνησης, ενώ οι συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές καταφεύγουν σε υποβάθμιση του επιπέδου της παρεχόμενης νοσηλείας αλλά και στη λύση της πλασματικής αύξησης των ημερών νοσηλείας για να καλύψουν τα έξοδά τους. Στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, τη διαφορά μεταξύ

πραγματικών τιμών και αμοιβών που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν οι ιδιωτικές πληρωμές και η παραοικονομία

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

#### Γενικά

Την δεκαετία του '80 τα περισσότερα συστήματα υγείας αναζητούν τρόπους και πολιτικές για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Η δεκαετία του '90 είναι η δεκαετία των μεταρρυθμίσεων και της εισαγωγής στοιχείων της αγοράς στα συστήματα υγείας. Σκοπός των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στα συστήματα υγείας είναι να συγκρατήσουν τις δαπάνες σε εκείνα τα επίπεδα που είναι υποφερτά από τις οικονομίες. Κι αυτό εξαιτίας της συνεχούς και ανεξέλεγκτης αύξησης των δαπανών, που έχει σαν συνέπεια την στέρηση δημόσιων δαπανών από τους υπόλοιπους κοινωνικούς τομείς.

Η πολιτική υγείας των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν από χώρα σε χώρα, συγκλίνει σε κοινές στρατηγικές συγκράτησης του κόστους που αναφέρονται:

1. Σε επεμβάσεις στην οργάνωση του συστήματος υγείας.
2. Στον έλεγχο των ιατρικών πράξεων.
3. Στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και χρηματοδότησης των υγειονομικών μονάδων.

#### **Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα Υγείας επτά χωρών\* του ΟΟΣΑ**

- ☞ Επέκταση Συστημάτων Υποχρεωτικής Ασφάλισης (Ισπανία, Ολλανδία, Ιρλανδία).
- ☞ Μικρές αυξήσεις στην συμμετοχή στο κόστος

---

\* Πρόκειται για το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, την Ολλανδία, την Ισπανία και την Αγγλία.

- (πολλές χώρες).
- ⇒ Σφαιρική χρηματοδότηση γιατρών  
(Γερμανία, Βέλγιο).
  - ⇒ Κατά κεφαλήν αποζημίωση γιατρών  
(Ιρλανδία).
  - ⇒ Σφαιρικοί προϋπολογισμοί νοσοκομείων  
(Ολλανδία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία).
  - ⇒ Ελεγχόμενος Ανταγωνισμός μεταξύ γιατρών  
(Γερμανία, Αγγλία).
  - ⇒ Ελεγχόμενος Ανταγωνισμός στα φαρμακευτικά προϊόντα  
(Γερμανία, Ολλανδία)
  - ⇒ Ελεγχόμενος Ανταγωνισμός μεταξύ νοσοκομείων  
(Γερμανία, Αγγλία, Ολλανδία).

Πηγή: OECD 1992

## **2.1 Παρεμβάσεις στην Οργάνωση του Συστήματος Υγείας.**

### **2.1.1 Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης**

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Σ' αυτό το επίπεδο, μπορεί να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, πολύ μεγάλο μέρος των προβλημάτων υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, παρέχονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής αλλά και άλλων ειδικοτήτων. Οι γιατροί μπορεί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε κρατικά κέντρα υγείας, πολυιατρεία πολυκλινικές και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού μπορεί να είναι σημαντικός και άριστα συνδεδεμένος με την λειτουργία του συστήματος υγείας. Κι αυτό γιατί ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι ο διαμεσολαβητής, όπου χρειάζεται, των ασθενών με γιατρό συγκεκριμένης ειδικότητας. Αυτό σημαίνει ότι αποφεύγονται δαπάνες είτε από χρήση νοσηλευτικής περίθαλψης που δεν είναι αναγκαία είτε από την περιπλάνηση των ασθενών σε λάθος ειδικότητας γιατρούς.

## **2.2 Έλεγχος των ιατρικών πράξεων**

### **2.2.1. Αποζημίωση με προκαθορισμένες τιμές**

Ισχύει σε εκείνες τις περιπτώσεις που τα ασφαλιστικά ταμεία έρχονται σε διαπραγμάτευση με τους γιατρούς για τον καθορισμό του τιμολογίου των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς επισκέπτονται τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία προμηθευτές, πληρώνουν τις υπηρεσίες που τους πρόσφεραν και αποζημιώνονται από ταμεία με βάση τις συμφωνηθείσες τιμές. Ο ασθενής έχει επίγνωση του κόστους των υπηρεσιών με το οποίο επιβαρύνει τον ασφαλιστικό του φορέα και γι' αυτό το λόγο δεν προβαίνει σε υπερκατανάλωση. Επιπλέον, ο γιατρός δύσκολα θα χρεώνει υπηρεσίες τις οποίες δεν προσέφερε στον ασφαλισμένο. Κι αυτό γιατί γίνεται αυτόματος έλεγχος από τον πελάτη – ασθενή.

### **2.2.2 Πληρωμή κατά κεφαλή – Οικογενειακός γιατρός**

Ο γιατρός αμείβεται με ένα εκ των προτέρων καθορισμένο και συνήθως προκαταβαλλόμενο ποσό ανά ασφαλισμένο, αναλαμβάνοντας την υποχρέωση να του παρέχει για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα ένα συγκεκριμένο πακέτο ιατρικών υπηρεσιών. Το ποσό αυτό καταβάλλεται σε μηνιαία ή ετήσια βάση και ανεξάρτητα με το αν το ασφαλισμένος κατανάλωσε



ή όχι υπηρεσίες υγείας. Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμοστεί στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και ειδικότερα στους οικογενειακούς γιατρούς. Ο ασθενής επιλέγει τον οικογενειακό του γιατρό, εγγράφεται στη λίστα του και για κάθε πρόβλημα υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφεύγει σε αυτόν. Ο γιατρός δεν έχει το δικαίωμα να δεχθεί επίσκεψη σε ιδιωτική βάση. Η προσφυγή στις ειδικότητες και στο νοσοκομείο γίνεται μόνο ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού. Για τον ασφαλιστικό φορέα, το κόστος είναι σε μεγάλο βαθμό προβλέψιμο, ενώ το σύστημα δε δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση, αλλά αντίθετα ενθαρρύνει τους γιατρούς να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις.

## **2.3 Σύγχρονες μέθοδοι διοίκησης και χρηματοδότησης των υγειονομικών μονάδων**

### **2.3.1 Ομογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (Diagnosis Related Groups)**

Οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG) εφαρμόστηκαν το 1983 στις ΗΠΑ. Εισάγουν μια νέα μέθοδο χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα, η οποία αναπτύχθηκε από τον καθηγητή Fetter και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο Yale των ΗΠΑ.

Κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος είναι η ομαδοποίηση των ασθενών σε 470 ομοιογενείς κατηγορίες, παθολογικά – διαγνωστικά όμοιες. Η ταξινόμηση αυτή σε ομοιογενείς κατηγορίες έχει ιατροοικονομική προσέγγιση και επιχειρεί να συνδέσει τις κλινικές περιπτώσεις με τις οικονομικές υποχρεώσεις.

Υπό την έννοια αυτή κάθε νοσηλευόμενος ανήκει σε μια κατηγορία, η οποία προσδιορίζεται από την ασθένειά του και η οποία απαιτεί τη χρησιμοποίηση ενός πακέτου συγκεκριμένων παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

### **2.3.2 Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations)**

Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται νέες μορφές οργάνωσης και παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίες αναλαμβάνουν παράλληλα την παροχή των υπηρεσιών υγείας και τον τομέα ασφάλισης. Χαρακτηριστικά αυτών των οργανισμών είναι η προβλεπόμενη χρηματοδότηση για οποιαδήποτε βαθμίδα περίθαλψης, με αποτέλεσμα τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης. Ειδικότεροι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMO) είναι οργανισμοί, που παρέχουν ιατρικές φροντίδες στα μέλη τους, τα οποία προπληρώνουν προκαθορισμένα για συγκεκριμένο χρόνο. Αποτελούν ένα οργανωμένο σύστημα με εσωτερικούς διαχειριστικούς ελέγχους, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη για την παροχή όλων των ιατρικών φροντίδων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, που αποτελεί τα εγγεγραμμένα οικειοθελώς μέλη του. Αυτά πληρώνουν εκ των προτέρων, μια καθορισμένη συνδρομή. Η κατά κεφαλή πληρωμή των μελών είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό των ζητούμενων υπηρεσιών. Τα μέλη έχουν μια ετήσια επιλογή προγραμμάτων υγείας από τον οργανισμό, τον οποίο αυτοί έχουν επιλέξει. Τα εισοδήματα των γιατρών εξαρτώνται άμεσα από τα οικονομικά αποτελέσματα των συγκεκριμένων οργανισμών. Έρευνες έχουν αποδείξει, ότι οι οργανισμοί αυτοί έχουν μειώσει το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά 25% περίπου και τις ημέρες νοσηλείας ανά ασθενή 10-40%.

### **2.3.3 Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organization)**

Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών είναι εταιρείες ή οργανισμοί αποτελούμενοι από γιατρούς ή νοσοκομεία, που συμβάλλονται με εργοδότες ή ασφαλιστικές εταιρείες και έχουν σκοπό να παρέχουν ιατρικές φροντίδες στα μέλη τους με τρόπο αμοιβής την κατά πράξη και περίπτωση. Η επιτυχία των

Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών στην επίτευξη μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας έγκειται πρώτον, στην άμεση διαπραγμάτευση του ύψους των αμοιβών μεταξύ των οργανισμών, των γιατρών και των συμβαλλομένων και δεύτερον, στον έλεγχο της παροχής ιατρικών φροντίδων από τους συμμετέχοντες γιατρούς.

#### **2.3.4 Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων**

##### **(Roseaux de Soins Coordonnés)**

Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων είναι οργανισμός, που προσφέρει στην πελατεία του όλες τις προληπτικές θεραπευτικές υπηρεσίες, διαθέτει γενικούς και ειδικούς γιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό για νοσηλεία στο σπίτι και γενικά όλες τις εναλλακτικές μορφές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Διατηρεί τη βασική δομή της Κοινωνικής Ασφάλισης και αποβλέπει στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της ανοικτής περίθαλψης με την παράλληλη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βασικά χαρακτηριστικά των Δικτύων αυτών είναι η ετήσια εκ των προτέρων κατά κεφαλή χρηματική καταβολή, η συνεργασία και αλληλοσυμπλήρωση των επαγγελματικών υγείας και η αποτελεσματικότερη (ποιοτικά και ποσοτικά) παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στα εγγεγραμμένα μέλη τους. Η Κοινωνική Ασφάλιση συμμετέχει στα οικονομικά των Δικτύων με την προκαταβολή της ετήσιας συνδρομής του κάθε ασφαλισμένου που είναι μέλος σε αυτά.

#### **2.3.5 Σφαιρικός προϋπολογισμός**

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι μια πολιτική χρηματοδότηση των νοσοκομείων με σκοπό την συγκράτηση του κόστους. Ξεκίνησε στη Γαλλία με κατάργηση του ημερήσιου νοσηλίου και αντικατάστασή του από τη συνολική σφαιρική χρηματοδότηση. Δηλαδή, εισήγαγε κριτήριο οικονομικής

αποδοτικότητας στη χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα, ο οποίος απορροφά περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας

Σε εθνικό επίπεδο, η σφαιρική χρηματοδότηση επιτρέπει στην κυβέρνηση να ελέγχει αποτελεσματικά τις νοσοκομειακές δαπάνες, χωρίς μείωση της ποιότητας των ιατρικών φροντίδων. Αποτελώντας, έτσι, μια μέθοδο κατανομής πόρων.

Σε νοσοκομειακό επίπεδο ο σφαιρικός προϋπολογισμός εισάγει στα νοσοκομεία σύγχρονα πρότυπα διαχείρισης. Στοχεύοντας στον ποσοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας. Αυτό επιτυγχάνεται με την συμμετοχή των διαφόρων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού και με αμοιβή των γιατρών κατά πράξη και μέσα σε ανώτατα προϋπολογισμένα όρια.

#### **2.4 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή**

Η συμμετοχή στο κόστος αναφέρεται σε κάποιες άμεσες πληρωμές του ασθενή για την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Επειδή τέτοιες πληρωμές επηρεάζουν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, το μέγεθος και το εύρος της συμμετοχής στο κόστος συχνά γίνεται ένα σημαντικό πολιτικό ζήτημα στα εθνικά θέματα υπό συζήτηση. Τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος πάνω στα αντικείμενα μιας πολιτικής υγείας, μερικές φορές δεν είναι ξεκάθαρα. Η αποτελεσματικότητα της συμμετοχής στο κόστος υπολογίζεται παρατηρώντας την επίδρασή της στα κύρια αντικείμενα που απευθύνεται. Όπως είναι το συνολικό επίπεδο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, η συνολική και (κυβερνητική) κρατική δαπάνη για την υγεία και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Η συμμετοχή στο κόστος σίγουρα μπορεί να αποτελέσει μια πηγή συμπληρωματικών εσόδων στο σύστημα υγείας. Για να εκτιμηθεί όμως, η αποδοτικότητα και η ισότητα, πρέπει να εξεταστούν τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος σε καθένα από τα θέματα, τις διάφορες δημογραφικές

ομάδες, το είδος υπηρεσίας, το χρηματοδοτικό σύστημα και τις διαφορές μορφές του μηχανισμού της συμμετοχής στο κόστος. Κάθε προσδιορισμός αυτών των αντικειμένων απαιτεί την κατανόηση των παραμέτρων που συντελούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και πιο συγκεκριμένα στον κάθε τύπο υπηρεσίας. Επιπλέον, είναι σημαντική η κατανόηση των κύριων παραγόντων που συντελούν στο κόστος του τομέα της υγείας και πως αυτοί επηρεάζονται από τις πολιτικές της συμμετοχής στο κόστος.

#### **2.4.1 Χρήσεις της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή με σκοπό την συγκράτηση του κόστους.**

- **Περιορισμός της ηθικής βλάβης**

Με την πλήρη ασφαλιστική κάλυψη η τιμή αγαθών και υπηρεσιών είναι μικρότερη από το οριακό κόστος και έτσι το επίπεδο κατανάλωσης είναι μεγαλύτερο. Αυτό είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση της ηθικής βλάβης. Η εννοιολογική σημασία του όρου είναι ότι οι ασφαλισμένοι αποφεύγουν να ενεργούν ηθικά και υπεύθυνα όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τελικά επιβαρύνουν οικονομικά το ασφαλιστικό ταμείο, την ασφαλιστική εταιρεία ή το κράτος που πληρώνει το λογαριασμό.

Στην αγορά υπηρεσιών υγείας, λόγω του ότι η δαπάνη για ιατρική περίθαλψη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δεν λειτουργεί ο μηχανισμός της αυτοσυγκράτησης του καταναλωτή – ασθενή. Έτσι, οι καταναλωτές δεν είναι πολύ προσεχτικοί σχετικά με την υγεία τους. Δηλαδή, δίνουν λιγότερη σημασία στην προληπτική ιατρική από ότι στην θεραπευτική, με αποτέλεσμα την διόγκωση των δαπανών (αφού οι νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι πιο δαπανηρές). Η συμμετοχή αναχαιτίζει την αλόγιστη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, μιας και μειώνει άμεσα το εισόδημά τους.

- **Μείωση της προκλητής ζήτησης**

Ο Evans το 1974 απέδειξε ότι ο όγκος και η σύνθεση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή, αλλά σχετίζονται και 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 υποστηρίζει ότι το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης οφείλεται στο ότι ο γιατρός επιδιώκει να μεγιστοποιήσει το εισόδημά του.

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 (από τον ασφαλιστικό οργανισμό). Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης με συνέπεια την υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας και γενικότερα την αναποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος. Όταν όμως ο πελάτης – ασθενής έχει συμμετοχή στο κόστος, ο γιατρός προσπαθεί να αποφύγει την υπερβάλλουσα προσφορά υπηρεσιών για να μην δυσαρεστήσει τον πελάτη του.

#### **2.4.2 Η επίδραση της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, στην ισότητα οικονομικής πρόσβασης.**

Οι οικονομολόγοι μοιράζονται στο αν η συμμετοχή στο κόστος μπορεί να γίνει ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την βελτίωση της συγκράτησης του κόστους και την αποδοτικότητα, χωρίς να επιδρά αρνητικά στην ισότητα. Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, σε διεθνή κλίμακα, η ισότητα στην πρόσβαση για ίση ανάγκη, η αποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων και η

αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας κρίθηκαν ως οι κυριότεροι στόχοι μιας πολιτικής υγείας

Αν και το πρόβλημα της ισότητας έχει τεθεί εδώ και πολλά χρόνια από εκθέσεις εμπειρογνομώνων και επίσημων οργάνων και έχει διατυπωθεί ως πολιτική αρχή, παρ' όλα αυτά, δεν έχει ενσωματωθεί επαρκώς στις υγειονομικές πολιτικές. Το πρόβλημα των ανισοτήτων εξακολουθεί να παραμένει και κατά συνέπεια πρέπει να αποτελεί βασικό αντικείμενο των εθνικών πολιτικών υγείας, αν και έχουν σημειωθεί σημαντικές βελτιώσεις, τόσο στην κατανομή των πόρων όσο και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

Έχει δειχθεί ότι η αύξηση των δαπανών υγείας δεν επέφερε αντίστοιχα αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών και δεν προήγαγε την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά τη συμμετοχή στο κόστος υπάρχει γενική συμφωνία πως αν είναι συνοδευόμενη από αντισταθμιστικά μέτρα για αυτούς που έχουν χαμηλά εισοδήματα, δεν είναι άδικη από την άποψη της οικονομικής πρόσβασης στην φροντίδα. Η αρχή της ισότητας στην χρηματοδότηση υποστηρίζει ότι τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή, σύμφωνα με το εισόδημα του καθενός\*. Όταν η συμμετοχή είναι πολύ μεγάλη και ανεξάρτητη από το εισόδημα, σίγουρα συγκρούεται με την αρχή της ισότητας.

Για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής, σχετικής με την άρση των ανισοτήτων (στις περιπτώσεις που επιλεχθεί η συμμετοχή στο κόστος ως πολιτική συγκράτησης του κόστους), πρέπει να υπάρχει κάποιο πρόγραμμα το οποίο να περιλαμβάνει:

- Την καταγραφή της κατάστασης, την αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος και τον προσδιορισμό των αναγκών.

---

\* Κατά το Mooney υπάρχουν επτά προσδιορισμοί της ισότητας:

1. Ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή
2. Ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή
3. Ισότητα στους πόρους για ίσες ανάγκες
4. Ισότητα στην πρόσβαση για ίσε ανάγκες
5. Ισότητα στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας
6. Ισότητα στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται για κάθε ομάδα πληθυσμού.
7. Ισότητα στην κατάσταση υγείας.

- Την διερεύνηση των πιθανών σημείων παρέμβασης και τον προσδιορισμό των περιπτώσεων σύγκρουσης συμφερόντων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

#### Γενικά

Η συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή αναφέρεται σε ένα σύνολο από ειδικά εργαλεία πολιτικής, τα οποία ενεργούν πάνω στην πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Οι τρεις βασικές μορφές της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή που εφαρμόζονται σε διάφορα συστήματα υγείας είναι οι εξής:

- **Οι κρατήσεις (deductible):** Η δαπάνη που ανέρχεται στο ποσό που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής πριν το πρόγραμμα ασφάλισης γίνει ενεργό (ο ασθενής πληρώνει τα πρώτα \$200 από τα ετήσια κόστη εξωνοσοκομειακής φροντίδας).
- **Η συνεισφορά (co-payment):** Η πληρωμή από τον ασθενή ενός ποσού που ισοδυναμεί με συγκεκριμένη τιμή για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία (π.χ. 1000 δρχ. για συνταγογράφηση φαρμάκων ή για κάθε επίσκεψη σε γιατρό).
- **Η ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος (co-insurance):** Ένα ποσοστό στην συνολική δαπάνη για μια υπηρεσία το οποίο πρέπει να πληρωθεί από τον ασθενή (π.χ. ο ασθενής πληρώνει το 20% για της συνολικής δαπάνης για νοσηλευτική φροντίδα).

Άλλες πολιτικές που είναι συχνά συνδεδεμένες με αυτές τις μορφές της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή και μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της δαπάνης που ξοδεύουν οι ασθενείς στους προμηθευτές είναι οι παρακάτω:

- **Το όριο μεγίστων παροχών (benefit maximum):** Ένα καθορισμένο όριο μεγίστων παροχών για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μέσα στο οποίο

θα πληρώνει ο ασφαλιστικός φορέας. Ο ασθενής θα είναι εξολοκλήρου υπεύθυνος για την πληρωμή υπηρεσιών πάνω από το όριο αυτό (π.χ. ο ασθενής πληρώνει όλα τα έξοδα μετά από \$100.000 τα οποία έχουν πληρωθεί από τον ασφαλιστικό φορέα).

- **Το ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης μετά από το όριο μέγιστων δαπανών (out-of-pocket maximum):** Το ασφαλισμένο άτομο ή οικογένεια έχει εξολοκλήρου την ευθύνη της πληρωμής των υπηρεσιών ενός καθορισμένου ορίου δαπανών, που γίνονται σε μια συγκεκριμένη περίοδο, επιπροσθέτως όλα τα έξοδα πληρώνονται από τον ασφαλιστικό φορέα (π.χ. ο ασφαλιστικός φορέας πληρώνει όλα τα έξοδα για έναν χρόνο όταν ο ασθενής έχει ξοδέψει πάνω από \$1000).
- **Οι συμπληρωματικές αμοιβές (extra billing):** Η διαφορά που υπάρχει στις αμοιβές των προμηθευτών, όταν είναι υψηλότερες από τα όρια μέγιστων δαπανών που τέθηκαν από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την οποία είναι υπεύθυνοι να πληρώσουν οι ασθενείς.
- **Η λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων (pharmaceutical reference pricing):** Η σύνταξη περιορισμένης λίστας φαρμάκων, για θεραπευτικά παρόμοια φάρμακα, η οποία καθορίζει τη μέγιστη τιμή για κάθε τεμάχιο. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής είναι υπεύθυνος να διαλέξει ανάμεσα σε αυτά που καλύπτονται ή κάποια άλλα που πρέπει να πληρώσει εξολοκλήρου.
- **Οι αποκλεισμοί από την κάλυψη (coverage exclusions):** Υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από το πακέτο παροχών της ασφάλισης, αφήνοντας τους ασθενείς υπεύθυνους για το συνολικό κόστος των υπηρεσιών ή το επιπρόσθετο κόστος αυτών που δεν καλύπτονται εξολοκλήρου.

Οι διάφορες αυτές μορφές της συμμετοχής στο κόστος είναι για αρκετούς οικονομολόγους σημαντικά πολιτικά εργαλεία. Αυτό σημαίνει ότι μπορούν να είναι συστατικά επιλογών προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των ειδικών στόχων. Για κάποιες χώρες ο κύριος στόχος της συμμετοχής στο κόστος είναι η μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες, με σκοπό την συγκράτηση του κόστους.

Για άλλες ο κύριος στόχος είναι η αύξηση των πρόσθετων εσόδων για την στήριξη της λειτουργίας του συστήματος υγείας

### **3.1 Οι Κρατήσεις**

Οι κρατήσεις είναι ένα καθορισμένο ποσό από άμεσες πληρωμές, το οποίο καλύπτεται από τον ασθενή πριν ισχύσει το ασφαλιστικό του πρόγραμμα. Η πολιτική αυτή λειτουργεί συνήθως σε ετήσια βάση.

Λίγες είναι οι χώρες που προτίμησαν αυτήν την μορφή συμμετοχής στο κόστος. Ίσως γιατί δεν καταφέρνει να μειώσει την ροπή προς κατανάλωση των ασθενών. Μπορεί, όμως, να χρησιμοποιηθεί ως πολιτική μετατόπισης μέρους του κόστους των υπηρεσιών, από το σύστημα υγείας στον ασθενή. Επίσης, ως πολιτική συγκέντρωσης πρόσθετων εσόδων για τον τομέα της υγείας.

### **3.2 Συνεισφορά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία**

Η συνεισφορά για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία είναι μια μορφή παρέμβασης που ελέγχει τις ιατρικές πράξεις από την πλευρά του χρήστη. Αυτή η πολιτική έχει ως σκοπό, να μειώσει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με την επιβολή ενός σταθερού χρηματικού ποσού συμμετοχής στον καταναλωτή – χρήστη. Είναι σαφές ότι η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος οδηγεί στη μείωση του εισοδήματός του με σκοπό να κάνει τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας περισσότερο υπεύθυνο και να επιβάλλει κάποιο φραγμό στην υπερβάλλουσα ζήτηση φροντίδων υγείας. Από την πλευρά του προμηθευτή, η συμμετοχή του χρήστη στο κόστος της προσφερόμενης φροντίδας, αναμφισβήτητα επηρεάζει τον γιατρό, ο οποίος ως τελικός διανεμητής και ρυθμιστής της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, εφόσον επιβαρύνεται ο ασθενής του και καταστρατηγούνται τα φαινόμενα της ηθικής

βλάβης (του τρίτου που πληρώνει), αποφεύγει την υπερβάλλουσα προσφορά των υπηρεσιών υγείας

### **3.3 Ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας**

Η ποσοστιαία συμμετοχή στο κόστος κάποιου αγαθού – υπηρεσίας είναι μια μορφή συμμετοχής που έχει χρησιμοποιηθεί από πολλές χώρες και σε όλα τα επίπεδα του τομέα της υγείας. Τα συνηθέστερα ποσοστά, που είναι υπεύθυνα οι ασθενείς να συμμετέχουν, στο κόστος περίθαλψης είναι αρκετά χαμηλά (10-25%). Όταν η ποσοστιαία συμμετοχή βρίσκεται σε αυτά τα επίπεδα δεν είναι τόσο αποτελεσματική ως μέθοδος μείωσης της κατανάλωσης, γιατί δεν «ενοχλεί» τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Στην Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, όταν είναι αναγκαστική η νοσηλεία του ασθενή, λειτουργεί ως εργαλείο μετατόπισης του κόστους από το σύστημα υγείας στους ασθενείς. Γι' αυτό θα μπορούσε κανείς να την χαρακτηρίσει ως μέθοδο συγκέντρωσης πρόσθετων εσόδων. Εκεί όπου είναι πιο αποτελεσματική ως πολιτική μείωσης της κατανάλωσης είναι στη χρησιμοποίηση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας για διαγνωστικές εξετάσεις όταν δεν είναι απαραίτητες (αλλά κοστίζουν ακριβά).

### **3.4 Όριο μέγιστων παροχών**

Αυτή η μορφή συμμετοχής εφαρμόζεται συνήθως σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας τους είναι σε μεγάλο βαθμό αποκεντρωμένα. Οι αποφάσεις πάνω στο θέμα αυτό λαμβάνονται από τις τοπικές αρχές, αλλά τα μέγιστα και τα κατώτατα όρια ρυθμίζονται σε εθνικό επίπεδο.

Ο σκοπός αυτής της πολιτικής είναι να περιορίσει την κατανάλωση του ασθενή σε ένα επίπεδο ανεκτό από το σύστημα υγείας. Ο ασθενής γνωρίζει το μέγιστο όριο παροχών και έτσι προσπαθεί να μην εξαντλεί το περιθώριο με

άσκοπη κατανάλωση υπηρεσιών. Σε περίπτωση που υπερβεί το όριο, για την πληρωμή του κόστους κάθε υπηρεσίας υγείας ευθύνεται εξολοκλήρου ο ίδιος

### **3.5 Ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης**

Το ασφαλιστικό πακέτο περίθαλψης παρέχει στον ασθενή υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων. Μπαίνει σε λειτουργία όταν ο ασθενής έχει συμπληρώσει ένα καθορισμένο όριο δαπανών. Γι' αυτό και δεν μπορεί να θεωρηθεί πολιτική η οποία μειώνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Όμως, μπορεί να θεωρηθεί πολιτική μετατόπισης οικονομικού βάρους από το σύστημα υγείας στους ασθενείς ή / και αύξησης των συμπληρωματικών εσόδων για το κεφάλαιο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το ποσό που καθορίζεται ως μέγιστη δαπάνη, το οποίο πρέπει να πληρώνεται από τους ασθενείς, είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την οικονομική πρόσβαση των ασθενών με χαμηλό εισόδημα.

### **3.6 Συμπληρωματικές αμοιβές**

Συμπληρωματικές αμοιβές υπάρχουν όπου υπάρχει υπέρβαση στα μέγιστα όρια κάλυψης που έχουν καθοριστεί από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Είναι ένα εργαλείο συγκράτησης του κόστους, το οποίο εφαρμόζεται σε πολλά είδη προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικά στα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων, το ύψος της ετήσιας συνδρομής υπολογίζεται ανάλογα με την κατηγορία κινδύνου, κάθε χρόνο, από μια ειδική επιτροπή. Η επιτροπή αυτή καθορίζει σε εθνικό επίπεδο το αναλογικό κόστος των υπηρεσιών υγείας, όπως συνηθίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και προσδιορίζει κάποιο ποσοστό του κόστους εγγραφής στο δίκτυο, το οποίο καταβάλλεται από τον ασφαλιστικό φορέα. Για οποιαδήποτε διαφορά τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων μεταξύ δικτύου και της ειδικής επιτροπής επιβαρύνεται ο συνδρομητής του δικτύου.

Είναι γεγονός ότι η εμπειρία αυτής της πρακτικής επέφερε ελάφρυνση στα οικονομικά των ασφαλιστικών φορέων, μέσω της διαπραγμάτευσης των τιμών των ιατρικών πράξεων.

### **3.7 Λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων**

Οι κατάλογοι εγκεκριμένων φαρμάκων εφαρμόστηκαν σε συνδυασμό με περιορισμούς στην προώθηση των πωλήσεων και στη διαφήμιση των φαρμάκων. Το θέσπισμα αυτό ελέγχει τις τιμές που θέτουν οι βιομηχανίες με σκοπό την συγκράτηση των δαπανών της φαρμακευτικής κατανάλωσης.

Οι κατάλογοι αυτοί γίνονται σύμφωνα με τις θεραπευτικές ιδιότητες των φαρμάκων. Συγχρόνως ενθαρρύνονται τα φαρμακευτικά προϊόντα των εγχώριων βιομηχανιών έναντι των εισαγομένων.

Το μέτρο αυτό είναι αρκετά αποτελεσματικό, επειδή όποια κι αν είναι η επιλογή των ασθενών, δεν επιβαρύνεται σοβαρά το σύστημα υγείας. Είτε επειδή προτιμούν τα φαρμακευτικά προϊόντα που βρίσκονται στη λίστα και κοστίζουν (για το σύστημα) χαμηλότερα, είτε επειδή προτιμούν αυτά που δεν καλύπτονται αλλά τα πληρώνουν οι ίδιοι.

### **3.8 Αποκλεισμοί από την κάλυψη**

Αποκλεισμοί από την κάλυψη επιδέχονται υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν είναι υπηρεσίες που θεωρούνται μικτά αγαθά. Μικτά αγαθά χαρακτηρίζονται οι υπηρεσίες υγείας που τα οφέλη τους δεν περιορίζονται μόνο στα άτομα τα οποία τις καταναλώνουν. Ένα παράδειγμα είναι η θεραπεία μιας μεταδοτικής ασθένειας όπως η φυματίωση. Τέτοια θεραπεία δεν προστατεύει μόνο το άτομο που θεραπεύεται.

Όμως θεραπείες που δεν έχουν σχέση με τις χαρακτηριζόμενες ως σημαντικές ή χρόνιες ασθένειες πολλές φορές αποκλείονται από την κάλυψη. Τέτοιες μπορεί να είναι οι λουτροθεραπείες, οι φυσικοθεραπείες κ.α.

Έτσι δεν επιβαρύνεται το σύστημα υγείας και συγχρόνως δεν κινδυνεύει η ζωή των ασθενών από τη μη χρησιμοποίησή τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

#### Γενικά

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης χρησιμοποιούν διάφορες προσεγγίσεις της συμμετοχής στο κόστος. Τα πιθανά αποτελέσματα των πολιτικών της συμμετοχής στο κόστος είναι καθορισμένα από τον συνδυασμό συνθηκών που επικρατούν στον τομέα υγείας της κάθε χώρας. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν πάρα πολύ τους κύριους στόχους των εθνικών συστημάτων υγείας. Εκεί όπου οι υπηρεσίες υγείας λειτουργούν σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας ή είναι άνιση για σημαντική αναλογία του πληθυσμού, η προσπάθεια για βελτίωση αυτών των ζητημάτων παραμερίζει τους σκοπούς της συμμετοχής στο κόστος. Έτσι, οι συνθήκες είναι αυτές που θέτουν τη δομή των συνολικών πολιτικών χρηματοδότησης του τομέα υγείας. Γι' αυτό μια πολιτική χρηματοδότησης πρέπει να περιλαμβάνει επιλογές πληρωμής και μεθόδους πρόσβασης και για την περίθαλψη των φτωχότερων μελών της κοινωνίας.

Σε συστήματα που χρησιμοποιείται η πληρωμή για κάθε υπηρεσία ή η κατά περίπτωση πληρωμή των προμηθευτών, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα η συμμετοχή στο κόστος να χρησιμεύει ως εργαλείο συγκράτησης του κόστους, σε σύγκριση με συστήματα όπου οι γιατροί και τα νοσοκομεία πληρώνονται με κάποιο προκαθορισμένο μισθό, ως μέθοδος συγκράτησης του κόστους από την πλευρά της προσφοράς.

Η συμμετοχή στο κόστος χρησιμοποιείται ως εργαλείο συγκράτησης του κόστους σε όλες της κατηγορίες δαπανών υγείας.



**ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ  
ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Νοσοκομειακής περίθαλψης	Φαρμακευτικής περίθαλψης
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Αμοιβές γιατρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για νοσήλια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική περίθαλψη</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Αμοιβές οδοντιάτρων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες επεμβάσεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη (οπτικά, ορθοπεδικά κτλ.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Αμοιβές φυσιοθεραπευτών κλπ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή φαρμακευτική περίθαλψη</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Δαπάνες για ειδικές θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες.</li> </ul>		

**ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

**4.1 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.**

Διάφορες μορφές της συμμετοχής στο κόστος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς. Αλλά δεν είναι λίγα και τα κράτη που επέλεξαν άλλες μεθόδους συγκράτησης του κόστους.

Στη Σουηδία η εξωνοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται με μια καθορισμένη από τα νομαρχιακά συμβούλια, συνεισφορά του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει. Έτσι για επισκέψεις σε γιατρούς των Κέντρων Υγείας, των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων, για υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας κλπ., ο ασθενής καλείται να πληρώσει για κάθε επίσκεψη ένα συγκεκριμένο ποσό. Αυτό γίνεται για λόγους ελέγχου των δαπανών υγείας μέσα από τον περιορισμό των άσκοπων επισκέψεων. Μόνο μερικές υπηρεσίες, που ο προληπτικός χαρακτήρας τους είναι προφανής, όπως ο προγεννητικός έλεγχος, παρέχονται εντελώς δωρεάν (αυτό συμβαίνει και σε άλλες χώρες όπως στην Ισλανδία και στην Φιλανδία). Η συμμετοχή στο κόστος φαίνεται στη συγκεκριμένη περίπτωση να έχει αποτελέσματα αφού ο αριθμός των κατά κεφαλήν επισκέψεων σε γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έχει μειωθεί αισθητά σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει.

Σε άλλες χώρες όπως είναι η Ιρλανδία δεν υπάρχει συμμετοχή για την κατηγορία του πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα. Όσοι ανήκουν στην άλλη κατηγορία δέχονται κρατήσεις και ευθύνονται για την κατανάλωση πάνω από το όριο του ασφαλιστικού πακέτου. Στην Ισλανδία οι ασθενείς συνεισφέρουν στο κόστος με μεγαλύτερες τιμές για επισκέψεις σε ώρες εκτός εργασίας ή κατ' οίκον.

Στην Γαλλία ο καταναλωτής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν επισκέπτεται τον γιατρό του, καταβάλλει ολόκληρο το αντίτιμο της ιατρικής επίσκεψης. Την απόδειξη του ποσού παρουσιάζει στο δικό του τοπικό ταμείο ασφάλισης υγείας. Το ταμείο αυτό πληρώνει το 75% του ποσού που πληρώνει ο ασθενής και το ποσό αυτό συμπίπτει με την τιμή που έχει ήδη προκαθοριστεί από το Υπουργείο. Το υπόλοιπο 25% της αμοιβής αποτελεί υποχρέωση συμμετοχής του ασθενή (Συμπληρωματικές αμοιβές). Για διαγνωστικές υπηρεσίες και εργαστηριακές εξετάσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων της Γαλλίας, ισχύει η ποσοστιαία συμμετοχή.

Στην Γερμανία υπάρχει συμμετοχή σε ειδικές θεραπείες (όπως η λουτροθεραπεία). Η συμμετοχή στις οδοντοπροσθετικές εργασίες φτάνει στο 50%. Στην Φιλανδία υπάρχει επιλογή ετήσιας προπληρωμής με διάφορους τρόπους. Η Ιταλία δεν χρησιμοποιεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα καμιά μορφή της συμμετοχής στο κόστος. Ενώ το Βέλγιο συνδυασμό της συμμετοχής μικρών συνεισφορών (σε μικρότερο βαθμό για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα) και συμπληρωματικών αμοιβών όπου απαιτείται. Στην Ελβετία η συμμετοχή ισχύει σε ετήσια βάση.

Στην Αυστρία το 80% του πληθυσμού δεν έχει καμιά συμμετοχή ενώ το υπόλοιπο συμμετέχει με κάποιο ποσοστό. Άλλη μια χώρα που χρησιμοποιεί την ποσοστιαία συμμετοχή στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι και το Λουξεμβούργο. Στην Νορβηγία υπάρχει ποσοστιαία συμμετοχή μαζί με ετήσιο πακέτο παροχών. Αντίθετα στην Δανία δεν

υπάρχει καμιά συμμετοχή στο κόστος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τον ασθενή.

Παρατηρώντας τον Πίνακα 1, φαίνεται η μεγάλη διακύμανση στις τιμές των κατά κεφαλήν επισκέψεων, κάποιων χωρών, σε ένα συγκεκριμένο έτος. Ένας από τους παράγοντες που θα μπορούσε να επηρεάσει τις τιμές αυτές είναι η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος. Για παράδειγμα, η διαφορά 4,3 μεταξύ Γαλλίας και Γερμανίας μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η Γαλλία χρησιμοποιεί μια επιπλέον μορφή συμμετοχής στο κόστος της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Πρόκειται για μια αρκετά αποτελεσματική μορφή της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή, τις «συμπληρωματικές αμοιβές».

Το μεγαλύτερο μέρος των χωρών της Δυτικής Ευρώπης έχει επικεντρωθεί στις προσπάθειες συγκράτησης του κόστους από την πλευρά

**Πίνακας 1**

Χώρα	Κατά κεφαλήν επισκέψεις το 1990 σε γιατρούς
Καναδάς	6.9
Γαλλία	7.2
Γερμανία	11.5
Ιαπωνία	12.9
Αγγλία	5.7
Ηνωμένες Πολιτείες	5.5

της προσφοράς του τομέα υγείας, με την χρησιμοποίηση των γενικών γιατρών ως φύλακες εισόδου στο επόμενο επίπεδο φροντίδας. Έτσι, πολλές από αυτές τις χώρες έδωσαν λίγη έμφαση στην συμμετοχή στο κόστος ως ένα εργαλείο συγκράτησης του κόστους ή αύξησης των εσόδων, στις υπηρεσίες που παρέχονται από γιατρούς. Συνήθως χρησιμοποιούνται επιλεκτικά κάποιες μορφές της συμμετοχής στο κόστος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΧΩΡΕΣ	Κρατήσεις	Συνεισφορά	Ποσοστιαία Συμμετοχή	Όριο μεγ. παροχών	Ασφαλιστικό πακέτο	Συμπληρωμ. Αμοιβές	Αποκλεισμοί από την κάλυψη
Αυστρία	-	-	+	-	-	-	-
Βέλγιο	-	+	+	-	-	+	-
Δανία	-	-	-	-	-	-	-
Φιλανδία	-	+	-	-	+	-	-
Γαλλία	-	-	+	-	-	+	-
Γερμανία	-	-	+	-	-	-	-
Ισλανδία	-	+	-	-	+	-	-
Ιρλανδία	+	-	-	-	+	-	-
Ιταλία	-	-	-	-	-	-	-
Λουξεμβούργο	-	-	+	-	-	-	-
Νορβηγία	-	-	+	-	+	-	-
Πορτογαλία	-	-	+	-	-	-	-
Ισπανία	-	-	-	-	-	-	-
Σουηδία	-	+	-	-	+	-	-
Ελβετία	+	-	+	-	-	-	-
Αγγλία	-	-	-	-	-	-	-

Σε αυτόν τον πίνακα φαίνεται ποιες μορφές της συμμετοχής στο κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας επέλεξαν διάφορες χώρες της Ευρώπης να εντάξουν στο εθνικό τους σύστημα υγείας.

## 4.2 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Νοσοκομειακή περίθαλψη

Όσον αφορά τα κόστη της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, υπάρχουν χώρες που χρησιμοποιούν την συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή ως μέθοδο συγκράτησης του κόστους. Οι περισσότερες χώρες επέλεξαν μερικές μόνο από τις μορφές της.

Για παράδειγμα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στη Γαλλία από την πλευρά του χρήστη – καταναλωτή γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο. Όταν ο γιατρός αποφασίζει ότι ένα άτομο έχει ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας, αυτή παρέχεται δωρεάν. Το νοσοκομείο χρεώνει το ασφαλιστικό του ταμείο και αυτό με την σειρά του καταβάλλει το λογαριασμό του ασθενούς κατά 80%, ενώ το υπόλοιπο ποσό σε διάστημα 6 μηνών το επιβαρύνεται ο ασθενής. Επίσης, ισχύει η ποσοστιαία συμμετοχή (στις παρακλινικές εξετάσεις) και το ασφαλιστικό πακέτο κάλυψης.

Οι πιο συνηθισμένες μορφές της άμεσης συμμετοχής στο κόστος είναι η ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος και οι συνεισφορές. Όμως αρκετές χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούν κάποιες μορφές του ασφαλιστικού πακέτου περίθαλψης μετά από το όριο μέγιστων παροχών, για να περιορίσουν την ροπή των ατόμων ή των οικογενειών για κόστη νοσηλευτικής περίθαλψης.

Στο Βέλγιο για το κόστος νοσηλευτικής περίθαλψης ακολουθείται πίνακας αμοιβών συνεισφοράς. Υπάρχει περιθώριο καταβολής της συνεισφοράς μέσα σε 90 μέρες. Οι συνεισφορές είναι μικρότερες για όσους έχουν χαμηλό εισόδημα. Στην Πορτογαλία ισχύει η ποσοστιαία συμμετοχή στο κόστος της Νοσηλευτικής Περίθαλψης. Ενώ στην Νοσηλευτική Περίθαλψη της Ισπανίας δεν υπάρχει κανένα είδος συμμετοχής. Στην Γερμανία υπάρχει συνεισφορά ανά ημέρα νοσηλείας, μετά από 14 ημέρες νοσηλείας τον χρόνο. Επίσης, ισχύει το ασφαλιστικό πακέτο κάλυψης. Στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη της Φιλανδίας υπάρχουν μέγιστα όρια δαπανών για κάθε ημέρα

νοσηλείας. Στο Λουξεμβούργο υπάρχει συνεισφορά για κάθε ημέρα νοσηλείας, η οποία είναι ανάλογη με τον πληθωρισμό. Στην Αυστρία υπάρχει ποσοστιαία συμμετοχή και ευθύνη πληρωμής μετά τις 28 πρώτες ημέρες νοσηλείας. Από το 1990 ισχύει η ποσοστιαία συμμετοχή και στην Ιταλία.

Συχνά δεν απαιτούνται πληρωμές για την  
Θεραπεία χρόνιας ή μεταδοτικής ασθένειας  
(Ιρλανδία, Ισλανδία, Φιλανδία, Γαλλία).

Ειδικά στην Γαλλία απαλλαγή έχουν οι  
ασθενείς με μια από τις 30 ασθένειες που  
έχουν χαρακτηριστεί ως σοβαρές.

Στην Ιρλανδία δεν υπάρχει καμιά συμμετο-  
χή για την πρώτη κατηγορία του πληθου-  
σμού. (γι' αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδη-

μα. Για τους υπόλοιπους ισχύει η συνεισφορά για τις πρώτες 10 ημέρες νοσηλείας για το μηνιαίο πακέτο παροχών (ο ασθενής ευθύνεται για την υπερβάλλουσα κατανάλωση).

Παρατηρώντας τον Πίνακα 3, στις κατά κεφαλήν ημέρες νοσηλείας υπάρχει και πάλι διαφορά 0,8 μεταξύ Γαλλίας και Γερμανίας. Και σε αυτήν την περίπτωση η Γαλλία χρησιμοποιεί μια επιπλέον μορφή συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, την «ποσοστιαία συμμετοχή». Βέβαια, το γεγονός αυτό δεν αποδεικνύει τίποτα ακόμα, αλλά πολύ πιθανόν στο μέλλον τέτοια φαινόμενα να συσχετιστούν άμεσα με την πολιτική της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή.

Στην πραγματικότητα οι πιο πολλές χώρες μειώνουν ή παύουν τις υποχρεώσεις της συμμετοχής στο κόστος γι' αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδημα και για τους χρονίως πάσχοντες. Στο Βέλγιο, για παράδειγμα, οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα έχουν ολική ή μερική απαλλαγή της συμμετοχής στο κόστος. Οι επιβαρύνσεις μειώνονται ή, για μερικές υπηρεσίες, δεν ισχύουν για τον «μη ενεργό» πληθυσμό που έχει χαμηλό

**Πίνακας 3**

Χώρες	Κατά κεφαλήν ημέρες νοσηλείας το 1990
Καναδάς	1,5
Γαλλία	1,5
Γερμανία	2,3
Αγγλία	0,9
Η.Π.Α.	0,9

εισόδημα περιλαμβάνοντας: χήρες, ορφανά, συνταξιούχους και μερικές φορές παιδιά.

Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος των χωρών βασίζεται μεθόδους συγκράτησης του κόστους από την πλευρά της προσφοράς του τομέα υγείας, με την βοήθεια του ελέγχου των προϋπολογισμών.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**  
**ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

ΧΩΡΕΣ	Κρατήσεις	Συνεισφορά	Ποσοστιαία Συμμετοχή	Όριο μεγ. παροχών	Ασφαλιστικό πακέτο	Συμπλ. Αμοιβές	Λίστα φαρμάκων	Αποκλεισμοί από την κάλυψη
Αυστρία	-	+	+	-	+	-	-	-
Βέλγιο	-	+	-	+	-	-	-	-
Δανία	-	-	-	-	-	-	-	-
Φιλανδία	-	-	-	+	-	-	-	-
Γαλλία	-	+	+	-	+	-	-	-
Γερμανία	-	+	-	-	+	-	-	-
Ισλανδία	-	+	+	-	+	-	-	-
Ιρλανδία	-	+	-	-	-	-	-	-
Ιταλία	-	-	+	-	-	-	-	-
Λουξεμβούργο	-	+	-	-	-	-	-	-
Νορβηγία	-	-	+	-	-	-	-	-
Πορτογαλία	-	-	+	-	-	-	-	-
Ισπανία	-	-	-	-	-	-	-	-
Σουηδία	-	+	-	-	-	-	-	-
Ελβετία	-	+	-	-	-	-	-	-
Αγγλία	-	-	+	-	-	-	-	-

Στον πίνακα αυτό φαίνεται ποιες μορφές συμμετοχής στο κόστος της Δευτεροβάθμιας φροντίδας επέλεξαν διάφορες χώρες της Ευρώπης να εντάξουν στο εθνικό τους σύστημα υγείας.

### 4.3 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Φαρμακευτική περίθαλψη.

Όσον αφορά τα μέτρα που λαμβάνονται για τον έλεγχο της φαρμακευτικής κατανάλωσης και για τη συγκρότηση των δαπανών εστιάζονται σε:

- Αλλαγή των μορφών συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης.
- Καθιέρωση καταλόγου εγκεκριμένων φαρμάκων.

Μεγάλη μερίδα της αγοράς των φαρμακευτικών προϊόντων περιέχεται στο σύστημα της λίστας φαρμάκων (το ποσοστό των φαρμάκων αυξήθηκε από το 35% σε 49% στην διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 1993). Το ετήσιο εκτιμώμενο αποτέλεσμα εξοικονόμησης από την αλλαγή αυτή ήταν περίπου 5% από τα συνολικά φαρμακευτικά κόστη. Η ετήσια αύξηση στη συνολική δαπάνη για φάρμακα παρέμεινε στα ίδια επίπεδα, καθώς τα πρόσθετα κόστη απλώς μετατοπίστηκαν στους ασθενείς.

Στην Τσεχία, το φαρμακευτικό κόστος περιεχόταν στην ασφαλιστική κάλυψη ως το 1992, όταν η συμμετοχή στο κόστος είχε πρωτοεισαχθεί. Αυτό είχε πολύ μικρή επίδραση στη συνολική δαπάνη φάρμακα. Υπολογίζεται ότι η συμμετοχή στο κόστος ήταν 30% του συνολικού φαρμακευτικού κόστους. Από το 1994 στην Ουγγαρία, η συμμετοχή στο κόστος έφτανε περίπου στο 25% του φαρμακευτικού κόστους. Η εξωνοσοκομειακή κατανάλωση σε φάρμακα είχε αυξηθεί περισσότερο από το τετραπλάσιο το διάστημα 1991-1994, αλλά η κατανάλωση μειώθηκε εξαιτίας της σημαντικής αύξησης στις τιμές των φαρμάκων. Μια έρευνα του 1995 έδειξε ότι το 20% των συνταγών δεν εκτελέστηκαν επειδή οι ασθενείς δεν ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν.

Στην Γερμανία η νομοθεσία μεταρρύθμισης της περίθαλψης καθιέρωσε το 1989 ένα μέγιστο επίπεδο δαπάνης για κάθε φάρμακο, με τους καταναλωτές υπεύθυνους να πληρώσουν την διαφορά μεταξύ τιμής πώλησης

και τιμής λίστας. Με αυτόν τον τρόπο η εγκεκριμένη λίστα είναι μια ειδική περίπτωση αποκλεισμού από την ασφαλιστική κάλυψη. Σε τέτοια συστήματα το κόστος του κάθε προϊόντος για το σύστημα υγείας περιορίζεται, ενώ οι καταναλωτές είναι ελεύθεροι να διαλέξουν μεταξύ των διαθέσιμων προϊόντων στην αγορά. Στην Γερμανία, οι τιμές της λίστας είναι περίπου ο μέσος όρος της τιμής παρόμοιων τύπων φαρμάκων (φάρμακα με όμοια δραστικά συστατικά, με όμοια θεραπευτικά αποτελέσματα). Στα μέσα του 1993 προσδιορίστηκαν στην λίστα τιμών περίπου τα μισά συνταγογραφούμενα φάρμακα της γερμανικής αγοράς. Σήμερα το 70% των φαρμάκων έχει εισαχθεί στο σύστημα καταλόγου εγκεκριμένων φαρμάκων.

Στην Πορτογαλία υπάρχουν δύο ποσοστά συμμετοχής ανάλογα με τον τύπο των φαρμάκων. Μερικά προϊόντα είναι σχεδόν δωρεάν, ενώ άλλα αποκλείονται από την κάλυψη (το ίδιο ισχύει και στην Ισπανία). Η συμμετοχή διαφοροποιείται και στη Σουηδία, ανάλογα με την περίπτωση ή το φάρμακο. Το κόστος της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής της περίθαλψης φτάνει στο 9,5% των συνολικών δαπανών υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος καλύπτεται από το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης και το υπόλοιπο από τον ασθενή. Στη Δανία τα ποσοστά συμμετοχής κυμαίνονται από 0-50%, ενώ στο Βέλγιο από 0-85%. Σε πολλές χώρες υπάρχει μικρότερη συμμετοχή για τα φάρμακα που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες. Στην Αυστρία, τα άτομα που απαλλάσσονται από την συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων φτάνουν στο 17% του πληθυσμού (το 1990). Αυτό που είναι αξιοπρόσεχτο, είναι ότι η λίστα εγκεκριμένων φαρμάκων χρησιμοποιείται στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

Στον πίνακα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι πολιτικές που αφορούν τα φάρμακα των διαφόρων χωρών της Ευρώπης, όσον αφορά τον έλεγχο των τιμών, την ύπαρξη θετικού ή αρνητικού καταλόγου και τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων.

## Πίνακας 5

### Έλεγχος τιμών και κάλυψη δαπάνης για φάρμακα

Κράτος	Τιμές	Κάλυψη από ασφαλιστικά ταμεία	Συμμετοχή του ασφαλισμένου
Βέλγιο	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	20.50.60.80.85% 35-65%
Γαλλία	>>	>>	Συμπληρωματικές αμοιβές όπου χρειάζονται
Γερμανία	Ελεύθερες τιμές	Τιμές αναφοράς	Συνεισφορά (375 λίρες) ανά είδος
Αγγλία	>> +έλεγχος τιμών	Επιλεκτικός κατάλογος	Συνεισφορά μόνο γι' αυτούς που έχουν υψηλό εισόδημα
Ιρλανδία	>> +συμφωνία με την βιομηχανία	Θετικός κατάλογος	10 ή 40%
Ισπανία	Έλεγχος τιμών	Θετικός και αρνητικός κατάλογος	20%
Ιταλία	Επιτήρηση τιμών σε συμφωνία με τις Ευρωπαϊκές χώρες	Θετικός κατάλογος	20%
Λουξεμβούργο	Αναφορά στην αγορά καταγωγής	Αρνητικός κατάλογος	Συμπληρωματικές αμοιβές
Ολλανδία	Ελεύθερες τιμές	Τιμές αναφοράς	30-60%
Πορτογαλία	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	

Πηγή: Υπουργείο Εμπορίου και Οδηγία 89/105/ΕΟΚ.

**Πίνακας 6**  
**Δαπάνες για φάρμακα**

Χώρες	Δαπάνες για φάρμακα % των συνολικών δαπανών υγείας		Κατά κεφαλήν δαπάνες για φάρμακα (σε δολάρια)
	1988	1991	1988
Βέλγιο	17,4	16,8	304
Γαλλία	16,7	17,1	492
Αγγλία	11,3	11,6	201
Ιρλανδία	11,2	7,7	96
Ιταλία	18,2	17,4	349
Ολλανδία	9,6	7,7	134
Πορτογαλία	18,2	30,4	88
Ελλάδα	26,3	31,0	187

Πηγή: Europe Selection Statistics

**Πίνακας 7**  
**Κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων το 1989 (σε συσκευαστές)**

Χώρα	Κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων
Βέλγιο	9,3
Γαλλία	38
Αγγλία	7,5
Ιταλία	20,1
Ολλανδία	8
Πορτογαλία	16,5

Πηγή: Abel – Smith et al. 1994

#### 4.4 Τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στη συνολική δαπάνη υγείας.

Η αύξηση των συνολικών δαπανών ερμηνεύεται κυρίως ως αύξηση της τιμής των υπηρεσιών, παρά ως αύξηση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διεθνής εμπειρία έδειξε ότι η συμμετοχή στο κόστος μειώνει σε κάποιο βαθμό την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών αλλά δεν μπορεί να συγκρατήσει τα συνολικά κόστη. Τα συνολικά κόστη δεν αναχαιτίζονται, επειδή η συμμετοχή στο κόστος είναι ένα σύνολο από εργαλεία που ενεργούν πάνω στην πλευρά της ζήτησης, ενώ στα κόστη οδηγούν κυρίως παράγοντες από την πλευρά της προσφοράς. Διεθνείς συγκρίσεις δείχνουν ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς και ημέρες νοσηλείας (κατά κεφαλήν) σε σχέση με άλλες χώρες, αλλά έχουν υψηλότερη συνολική δαπάνη για την υγεία.

Αυτό δείχνει ξεκάθαρα ότι είναι η τιμή της παρεχόμενης υπηρεσίας στις Ηνωμένες Πολιτείες που είναι υπεύθυνη για αυτό το φαινομενικά παράδοξο.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τα ασφαλιστικά πακέτα περίθαλψης, όμως οι υποχρεώσεις της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή δεν αλλάζουν τα επίπεδα του συνολικού κόστους. Άλλες χώρες χρησιμοποιούν

λιγότερο την συμμετοχή στο κόστος ως πολιτική συγκράτηση του κόστους και υψηλότερες τιμές στις υπηρεσίες υγείας, παρόλα αυτά έχουν χαμηλότερη συνολική δαπάνη. Αυτό δεν σημαίνει ότι η συμμετοχή στο κόστος προκαλεί υψηλά κόστη, σημαίνει ότι κάποια άλλα μέτρα (μέτρα πάνω στην πλευρά της προσφοράς έλεγχοι προϋπολογισμών κτλ.) είναι πιο αποτελεσματικά απ' ότι αυτή.

**Πίνακας 8**

#### **Ποσοστό δαπανών στο ΑΕΠ**

<b>Χώρες</b>	<b>Για δαπάνες υγείας το 1990</b>
Καναδάς	9,5
Γαλλία	8,8
Γερμανία	8,3
Ιαπωνία	6,7
Αγγλία	6,2
Η.Π.Α.	12,2

Η συμμετοχή στο κόστος είναι συσχετισμένη με μια μείωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν υπάρχουν ξεκάθαρα συμπεράσματα για τα αποτελέσματά της όταν αυτή συνδυάζεται με αναδρομικό σύστημα πληρωμής των υποχρεώσεων. Από την άλλη, οι προμηθευτές μπορούν να ρυθμίσουν τις εισαγωγές των ασθενών σε χαμηλότερα επίπεδα με την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Η ζήτηση των ασθενών για εισαγωγή δεν είναι ο κύριος παράγοντας που οδηγεί σε κόστη περίθαλψης. Ο παράγοντας που επηρεάζει περισσότερο είναι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.

#### **4.5 Τα αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στην ισότητα οικονομικής πρόσβασης.**

Σε πολλές περιπτώσεις οι υποχρεώσεις της συμμετοχής στο κόστος υπάρχουν ανεξάρτητα από το εισόδημα των ασθενών. Η ισότητα στην οικονομική πρόσβαση με τα επακόλουθα της συμμετοχής στο κόστος στην Γαλλία δεν είναι ξεκάθαρη. Οι εργαζόμενοι σε μικρά εργοστάσια, οι νέοι άνθρωποι, καθώς και οι άνεργοι, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν συμπληρωματική ασφάλιση. Αυτό δείχνει ότι η προαιρετική συμπληρωματική ασφάλιση και η κάλυψη του εθνικού συστήματος με τις υποχρεώσεις της συμμετοχής στο κόστος, μπορεί να οδηγήσει σε μια δυσανάλογη χρηματική επιβάρυνση (και συνήθως σε άνιση πρόσβαση) γιατί αυτοί οι άνθρωποι είναι ανίκανοι να αγοράσουν αυτήν την κάλυψη. Στοιχεία από χώρες ανατολικής Ευρώπης δείχνουν ότι το μίγμα από τυπικές και άτυπες πληρωμές των ασθενών, αυξάνουν τις ανισότητες στην χρηματοδότηση. Τα κόστη παρεχόμενων φροντίδων ενός μεμονωμένου επεισοδίου ασθένειας επιβάλλει μια σημαντική χρηματική επιβάρυνση από τις οικονομίες της οικογένειας. Στο 20% των περιστατικών, τα συνολικά κόστη ενός επεισοδίου για ένα άτομο υπερβαίνουν το μηνιαίο εισόδημά του. Σχεδόν στο 50% των ενδονοσοκομειακών ασθενών καταγράφηκαν σοβαρές δυσκολίες στην συγκέντρωση των χρημάτων για να πληρώσουν την νοσηλεία τους και το ένα

τρίτο από αυτούς δανείστηκαν χρήματα για να πληρώσουν τις νοσοκομειακές τους δαπάνες. Αντικείμενα μεγάλης αξίας συχνά πωλούνται (κτηνοτροφικές φάρμες, γεωργικές εκτάσεις κ.α.) για να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα χρήματα. Γενικά, αυτό είναι απόδειξη ότι η επίπτωση των υποχρεώσεων της συμμετοχής δημιουργεί περισσότερο από μια απλή επιβάρυνση για τις φτωχότερες οικογένειες και άτομα.

#### 4.6 Διεθνείς συγκλίσεις πολιτικών υγείας

Οι συγκλίσεις των πολιτικών υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών όπως αυτές εκφράστηκαν από τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν, είναι οι εξής:

- Η καθολική κάλυψη από υποχρεωτικούς κοινωνικούς (δημόσιους) φορείς - ακόμη και για χώρες των οποίων οι ιδεολογικές αφετηρίες και πολιτικές επιλογές θα μπορούσαν να προδικάσουν αντίθετες πρακτικές όπως η Ολλανδία.
- Η προώθηση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού.
- Η ενδυνάμωση του ελέγχου της δημόσιας εξουσίας στο σύνολο των δαπανών υγείας.
- Η θεσμοθέτηση πολιτικών ή και οργάνων διαμεσολάβησης μεταξύ διαμεσολάβησης μεταξύ παραγωγών και χρηστών υγείας.
- Η υιοθέτηση από τις περισσότερες χώρες του σφαιρικού προϋπολογισμού ή της ομαδοποίησης των ασθενών.

Δηλαδή η κεντρική εξουσία ορίζει κατά μεγάλο τμήμα το επίπεδο των δαπανών υγείας, εξασφαλίζει την καθολική κάλυψη, μεριμνά για την ισότητα και την αναδιανομή των πόρων, ενώ ο ρόλος της αγοράς εισέρχεται σε όλα τα ζητήματα χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Ισχύουν μέτρα που αφορούν το ιατρικό προσωπικό, που αρχίζουν με την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης και φθάνουν στον έλεγχο της εισόδου στο ιατρικό επάγγελμα ή στην απαγόρευση εισόδου σε γεωγραφικές περιοχές και ειδικότητες που θεωρούνται κορεσμένες.



Παράλληλα, η φαρμακευτική παραγωγή και διανομή των φαρμάκων υφίσταται σημαντικούς ελέγχους και περιορισμούς. Εκτός από τον έλεγχο των τιμών, την μείωση της διαφημιστικής καμπάνιας, γίνεται οικονομική αξιολόγηση κάθε νέου φαρμακευτικού συσκευάσματος. Στην ίδια κατεύθυνση, υιοθετούνται μια σειρά μέτρων για την νέα βιοϊατρική τεχνολογία, όπως ο έλεγχος στην ορθολογική της κατανομή και η οικονομική της αξιολόγηση.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

### **4.7 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Ελλάδα**

#### **4.7.1 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Το Ε.Σ.Υ. παρέχει στους ασφαλισμένους υπηρεσίες όπως ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις σε ασθενείς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Για κάθε επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων υπάρχει μια μικρή συμμετοχή των ασφαλισμένων, το ύψος της οποίας ανέρχεται στις 1000 δρχ. (δεν ισχύει για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και του Δημοσίου). Για τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, οι αμοιβές είναι κυρίως κατά πράξη και με τιμές που καθορίζονται από τους κρατικούς φορείς. Το κόστος έτσι όπως αυτό υπολογίζεται με βάση το κρατικό τιμολόγιο αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο.

Σε μερικά ταμεία παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα να προσφύγει σε όποιο ιδιώτη γιατρό επιθυμεί, με τη μόνη διαφορά ότι το Ταμείο θα του καταβάλει ένα ποσό, που τις περισσότερες φορές είναι μικρότερο εκείνου που ο ίδιος κατέβαλε στο γιατρό. Για τους ασφαλισμένους πολλών ασφαλιστικών

ταμείων απαιτείται ποσοστιαία συμμετοχή στο συνολικό κόστος ειδικών θεραπειών (π.χ. φυσικοθεραπειών). Όμως παρά την συμμετοχή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι κατά κεφαλήν επισκέψεις ανά χρόνο παραμένουν στα ίδια επίπεδα.

#### **4.7.2 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Οι πρόσφατες Υπουργικές Αποφάσεις (από τους Υπουργούς Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας) για τον ορισμό του νοσηλίου των Νοσοκομείων, είχαν σκοπό η οριζόμενη νέα δομή νοσηλίου, να επιτρέπει τον ορθολογικό προγραμματισμό και έλεγχο της προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών νοσηλείας και να συμβάλει στην αποτροπή νέων δαπανών. Στο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο (ημερήσιο ή συνολικό) που έχει οριστεί με αυτές τις αποφάσεις, ισχύει η συνεισφορά του ποσού των 5.000 δρχ. κατά την είσοδο για νοσηλεία. Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος ενισχύεται με τους αποκλεισμούς κάποιων κατηγοριών φαρμάκων, των μοσχευμάτων, των συσκευών υποστήριξης μιας χρήσης και των φαρμάκων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και εισάγονται μέσω του Ε.Ο.Φ. Επίσης στους αποκλεισμούς αυτούς περιλαμβάνονται υλικά και ειδικά φίλτρα μιας χρήσης που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς. Ακόμη, αποκλείονται από την κάλυψη και κάποιες ακτινοδιαγνωστικές ιατρικές πράξεις. Για κάθε φάρμακο του οποίου το κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας υπερβαίνει το 70% του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου (για συγκεκριμένο τομέα και θέση), υπάρχουν συμπληρωματικές αμοιβές από τον ασθενή. Ακόμη ισχύει η ποσοστιαία συμμετοχή που ορίζεται από τα διάφορα ασφαλιστικά για τους ασφαλισμένους τους. Οι ασθενείς που είναι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας δικαιούνται δωρεάν νοσηλεία μόνο σε Γ θέση. Σε περίπτωση νοσηλείας τους σε θέση ανώτερη από την Γ θέση (μετά από αίτημά του)

χάνουν το ευεργέτημα της δωρεάν νοσηλείας. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία αξιολόγησης των επιδράσεων που είχαν οι ρυθμίσεις αυτές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

#### **4.7.3 Συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή στην Φαρμακευτική Περίθαλψη.**

Τα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν στους ασφαλισμένους οποιοδήποτε φάρμακο, από τα κυκλοφορούντα νόμιμα και εγκεκριμένα από τον Ε.Ο.Φ. με ποσοστό συμμετοχής 25% στην αξία των φαρμάκων. Για χρόνιες παθήσεις το ποσοστό συμμετοχής είναι από 0-10% στην αξία των φαρμάκων. Ενώ οι ασθενείς κάποιων ταμείων δεν πληρώνουν τα φάρμακα για ασθένειες όπως καρκίνο, λευχαιμία, επιληψία, ψυχώσεις κ.α.

Στην Φαρμακευτική Περίθαλψη γίνεται έλεγχος των τιμών και ισχύει ο θετικός κατάλογος εγκεκριμένων φαρμάκων. Όμως, παρά τη συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή, η κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων είναι από τις μεγαλύτερες διεθνώς. Από έρευνα του Ι.Κ.Α. προέκυψε ότι το 30% των φαρμακευτικών συσκευασμάτων που πωλήθηκαν δεν χρησιμοποιήθηκαν τελικά καθόλου, ενώ από το 18% των πωληθέντων συσκευασμάτων καταναλώθηκαν μόνο μία ή δύο δόσεις. Αυτό δείχνει κακή διαχείριση των φαρμάκων και ανεξέλεγκτη φαρμακευτική κατανάλωση.

#### **4.8 Οι αδυναμίες των μεταρρυθμίσεων του Υγειονομικού Συστήματος της Ελλάδας.**

##### **4.8.1 Οι αδυναμίες των μεταρρυθμίσεων του Ε.Σ.Υ.**

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας είχε δεχτεί μια συνολική μεταρρυθμιστική πολιτική, επειδή είχε υποστεί έντονη κριτική για τις ανεπάρκειές του, την αναποτελεσματικότητά του, τον κατακερματισμό του και

τις υγειονομικές ανισότητες στην πρόσβαση των απαραίτητων φροντίδων υγείας. Το δυνατό κίνημα των νέων νοσοκομειακών γιατρών που δυναμωσε μετά την μεταπολίτευση, επέβαλε μια σειρά από ιδέες που φάνηκαν να είναι κυρίαρχες στην ελληνική κοινωνία, όπως την ανάγκη για τον πλήρη κρατικό έλεγχο των νοσοκομείων, την αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στα νοσοκομεία την ενοποίηση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υπό τον έλεγχο του κράτους κτλ. Οι ιδέες αυτές του κινήματος των νέων νοσοκομειακών γιατρών φαίνεται ότι υιοθετήθηκαν κατά το μεγαλύτερο μέρος τους και ενσωματώθηκαν στις ρυθμίσεις του Νόμου περί Εθνικού Συστήματος Υγείας. Δύο είναι οι θεμελιώδεις αρχές που περιλαμβάνονται στο πρώτο άρθρο του Νόμου 1397/83 και αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των Ευρωπαϊκών Ε.Σ.Υ., αρχές που επιζητείται να υλοποιηθούν και στη χώρα μας. Η πρώτη αρχή στηρίζεται στην αντίληψη ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Η αρχή αυτή φαίνεται ότι μεταφράζεται και υλοποιείται κυρίως με το πέρασμα της παραγωγής των φροντίδων υπό τον έλεγχο του κράτους. Η μετατροπή των νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου σε δημοσίου δικαίου, η ανάπτυξη κρατικών υπηρεσιών (κέντρα υγείας) και η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών, αποτελούν παρεμβάσεις που υπηρετούν την παραπάνω αρχή.

Η δεύτερη βασική αρχή του νόμου αναφέρει ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Αυτό σημαίνει ίση δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες για όλους και χρηματοδότηση των υπηρεσιών που αναλαμβάνεται με την ευθύνη του κράτους. Συνοπτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η παραπάνω δύο αρχές που επιχειρούνται να υλοποιηθούν στηρίζονται στη φιλοσοφία, ότι το κράτος οφείλει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού με την παραγωγή και διανομή των απαραίτητων φροντίδων υγείας χωρίς την ύπαρξη οικονομικών ή άλλων φραγμών που μπορεί να προκαλούν εμπόδια στην χρήση των υπηρεσιών.

Η πρώτη μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος επιχείρησε μια ριζική και βίαιη παρέμβαση στις υγειονομικές εξελίξεις. Ο εθνικός προγραμματισμός και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας σε ένα βαθμό συνδέθηκαν με το πρόγραμμα κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Παρεμβάσεις, οι οποίες επειδή στερούνται της απαραίτητης επιστημονικής – τεχνικής υποδομής και επεξεργασίας, παραμένουν ως απόμακροι και επιθυμητοί στόχοι.

#### **4.8.2 Οι αδυναμίες των τελευταίων μεταρρυθμίσεων**

Αν και ο χρόνος δεν είναι αρκετός για να αποτιμηθούν τα αποτελέσματα των βασικών μεταρρυθμίσεων της τελευταίας νομοθετικής παρέμβασης, σε σχέση με την υπάρχουσα εσωτερική κατάσταση και τις διεθνείς εξελίξεις, όπως αυτές διαμορφώνονται τη δεύτερη περίοδο.

Τα προβλήματα παραμένουν, αφού καμιά ουσιαστική αλλαγή δεν προωθείται προς την κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού της αποδοτικότερης διαχείρισης και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Αξίζει να τονισθεί ότι με την εισαγωγή του ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας προκαλούνται μια σειρά από δυσλειτουργίες. Οι κυριότερες από αυτές συνδέονται με την προσπάθεια ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας με αυθαίρετο τρόπο χωρίς να αλλάξουν βασικές μεταβλητές της χρηματοδότησης της παραγωγής και της διοίκησης των νοσηλευτικών μονάδων. Έτσι τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων το 1992 αυξάνονται υπερβαίνοντας τα 80 δισεκατομμύρια δραχμές. Η επιβολή επίσης επιβαρύνσεων στον χρήστη φαίνεται να ακολουθείται σε ένα βαθμό, αφού η συμμετοχή του ασθενή στη φαρμακευτική κατανάλωση αυξάνεται και στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων επιβάλλεται μια μικρή συμμετοχή (1000 δρχ.) με εξαίρεση τους ασφαλισμένους του Δημοσίου και του ΟΓΑ.

Παράλληλα το πάγωμα των μισθών και πιο συγκεκριμένα η καθήλωση των αποδοχών του ιατρικού προσωπικού αντιμετωπίζεται με την έμμεση

αύξηση των απολαβών τους μέσω της μεθόδου των πλασματικών εφημερίων. Επίσης έχει διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού γιατρών και της κατανάλωσης υπηρεσιών χωρίς παράλληλα, να έχει διαπιστωθεί βελτίωση του επιπέδου υγείας. Το φαινόμενο αυτό αποκαλύπτει τον βαθμό της χαλαρότητας του ιατρικού σώματος που αποδέχεται παράνομες συναλλαγές. Σε συνδυασμό με την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών, οδηγεί σε μια χαλάρωση των ιατρικών ηθών που έχει ως αποτέλεσμα:

- Τη διόγκωση των ανήθικων οικονομικών συναλλαγών στα νοσοκομεία.
- Την παράνομη άσκηση του ιδιωτικού έργου (μεγάλος αριθμός των γιατρών του Ε.Σ.Υ. διατηρεί ιδιωτικό ιατρείο).
- Τον κατακερματισμό του ιατρικού έργου μέσα στα νοσοκομεία με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να λάβει ολοκληρωμένες υγειονομικές υπηρεσίες.
- Την ανισότητα στην πρόσβαση των οικονομικώς αδυνάτων ασθενών.

Ταυτόχρονα η χαμηλή παραγωγικότητα του δημόσιου τομέα στην υψηλή ιατρική τεχνολογία (π.χ. αξονική τομογραφία) σε συνδυασμό με την απουσία ιατρικού ελέγχου στη χρήση τέτοιων διαγνωστικών εξετάσεων και στην υψηλή κερδοφορία των τεχνολογιών αυτών, οδηγεί σε μια αύξηση των τεχνολογιών διαγνωστικού χαρακτήρα στον ιδιωτικό τομέα και η χώρα μας κατέχει την πρώτη θέση σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το γεγονός αυτό διογκώνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας και θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί ότι υπάρχει εκτεταμένη πρόκληση της ζήτησης διαγνωστικών εξετάσεων που οφείλεται αποκλειστικά στο ιατρικό σώμα, αφού είναι γνωστό ότι τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια συνεργάζονται παράνομα με γιατρούς οι οποίοι παραπέμπουν ασθενείς προς εξέταση. Επιπλέον η διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, αποτελεί ένα κρίσιμο σημείο, δεδομένου ότι απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των επενδύσεων και έχει προκαλέσει σημαντικές μεταβολές οργανωτικού και οικονομικού χαρακτήρα.

Η εξάπλωση της υψηλής τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα έχει προκαλέσει σοβαρά οικονομικά προβλήματα στους προϋπολογισμούς υγείας

Το επιχείρημα της ανάπτυξης του ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε συνδυασμό με την δυνατότητα επιλογής του χρήστη, καθοδηγεί τουλάχιστο σε επίπεδο διακηρύξεων τη φιλοσοφία της παρούσας υγειονομικής πολιτικής. Εκτός από τις τεχνικές και επιστημονικές ατέλειες που διαπιστώνονται στον νέο νόμο και αφορούν τον χαρακτήρα της υγειονομικής πολιτικής που πρόκειται να ακολουθηθεί, αν δηλαδή η ζήτηση ή οι υγειονομικές ανάγκες θα καθορίσουν την ανάπτυξη του υγειονομικού μας συστήματος, σοβαρές ανεπάρκειες διατρέχουν όλη την φιλοσοφία του νόμου για την υγεία. Η βασικότερη από όλες αφορά την έλλειψη σχεδίου για την αντιμετώπιση του ανερχόμενου κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών. Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες των νοσοκομείων. Δεν εφαρμόζονται πολιτικές και κίνητρα συγκράτησης του κόστους, από την πλευρά της προσφοράς. Οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς το μεταξύ τους συντονισμό. Η επιστημονική κοινότητα της χώρας μας έχει επισημάνει την άμεση αναγκαιότητα αντιμετώπισης του ζητήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών.

Η παραμέληση και μη αντιμετώπιση του ζητήματος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με το νέο θεσμικό πλαίσιο, οδήγησε γρήγορα την παρούσα υγειονομική πολιτική σε αδιέξοδο. Έτσι, ακολουθήθηκε η πολιτική αύξησης των τιμών των νοσηλίων για να αντιμετωπιστούν τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων που συνεχώς διογκώνονται. Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού, του ανταγωνισμού και της ίσης μεταχείρισης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως διακηρύσσεται, το 1992 αποφασίζεται ο υπερδιπλασιασμός των νοσοκομειακών τιμών, που ακολουθείται με απόφαση για την αντικατάσταση του υπάρχοντος κλειστού νοσηλίου με το ανοικτό. Η κριτική που ασκείται ιδιαίτερα στην τελευταία απόφαση ότι θα διογκώσει το κόστος φαίνεται ότι βρίσκει έδαφος γιατί εγκαταλείπεται.

Όμως συνεχίζονται τα αδιέξοδα της υγειονομικής πολιτικής, αφού το 1993, αποφασίζεται και νέος διπλασιασμός των νοσοκομειακών τιμών που αφορά μόνο τα δημόσια νοσοκομεία. Με τον τρόπο αυτό εγκαταλείπονται οι διακηρύξεις περί ανταγωνισμού, αφού οι νέες τιμές των νοσηλίων αφορούν μόνο το δημόσιο τομέα. Επιβεβαιώνονται έτσι οι ισχυρισμοί ότι η νέα πολιτική τιμών επιχειρεί όχι να αντιμετωπίσει το ζήτημα της χρηματοδότησης, αλλά σκοπεύει στη λογιστική μείωση του ελλείμματος του κρατικού προϋπολογισμού. Αυτό γίνεται σε βάρος της αύξησης του ελλείμματος αρκετών κλάδων υγείας και οργανισμών της κοινωνικής ασφάλισης. Τελικά, το όφελος για την εθνική οικονομία και του κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος παραμένει δυσδιάκριτο.

Συμπερασματικά, η πολιτική υγείας της χώρας μας όχι μόνο απέχει των διεθνών υγειονομικών εξελίξεων, αλλά στερείται και εγχώριων στόχων και προτεραιοτήτων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΤΕΡΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

#### Γενικά

Καμιά χώρα δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι το δικό της σύστημα είναι τέλειο. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις που γίνονται δείχνουν ότι υπάρχουν περιθώρια έτσι ώστε το ένα κράτος να μάθει από τις διαφορετικές εμπειρίες και πρακτικές του άλλου. Όλα τα συστήματα έχουν δομικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία οδηγούν σε σύγκρουση τους διαφορετικούς στόχους. Η μελέτη όμως των διεθνών εμπειριών παρέχει την ευκαιρία της γνώσης και κατανόησης των διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων που υπάρχουν. Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας δεν είναι τίποτα περισσότερο από την μεταφορά εμπειριών και στοιχείων από το ένα σύστημα στο άλλο.

Οι εμπειρίες αυτές οδηγούν σε κάποιες γενικές κατευθύνσεις ή έναν τρόπο σκέψης για το δρόμο που θα ακολουθηθεί στην προσπάθεια για την βελτίωση του δικού μας υγειονομικού συστήματος. Συνεπώς, χρειάζεται προσοχή στη μετάφραση αυτών των κατευθύνσεων σε συγκεκριμένα μέτρα. Κι' αυτό γιατί ενώ πολλές φορές αρκετές χώρες συμφωνούν για τους επιθυμητούς στόχους όσον αφορά τα υγειονομικά τους συστήματα, συγχρόνως διαφέρουν στο βάρος που δίνουν σε κάθε έναν από αυτούς τους στόχους. Η απαρτίωση αυτών των επισημάνσεων, σε μια πολιτική για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη, με έμφαση στις πολιτικές συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους, μπορεί να επιτύχει την επιθυμητή ισορροπία ανάμεσα στην ισότητα και την αποδοτικότητα και να μεγιστοποιήσει τα αναμενόμενα οφέλη.

## 5.1 Συμπεράσματα για την συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή ως πολιτική συγκράτησης του κόστους.

Παρόλο που η συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή δεν έχει μεγάλο χρονικό διάστημα που εφαρμόζεται, τα πρώτα μηνύματα δείχνουν ότι δεν παρέχει ένα πολύ δυνατό εργαλείο για την συγκράτηση του κόστους της υγείας. Επειδή ο παράγοντας των προμηθευτών στην επίδραση του κόστους είναι ο κυριότερος, οι πολιτικές προς την κατεύθυνση της προσφοράς μπορούν να γίνουν πιο δυνατά εργαλεία.

Η συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή μειώνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά τέτοιες μειώσεις δεν είναι αποτελεσματικές για τη συγκράτηση του κόστους. Κι' αυτό γιατί τα κόστη περίθαλψης και η ποιότητα των υπηρεσιών είναι καθοδηγούμενες από τους προμηθευτές των υπηρεσιών.

Η καταλληλότητα και τα πιθανά αποτελέσματα της συμμετοχής στο κόστος εξαρτάται από τις υπηρεσίες στις οποίες εφαρμόζεται και η επίδρασή της πάνω στο γενικότερο σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών. Η χρήση της συμμετοχής στο κόστος ως ένα εργαλείο περιορισμού της ζήτησης έχει μεγαλύτερη δύναμη όταν ισχύει στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος είναι μικρή.

Στα συστήματα στα οποία οι προμηθευτές προπληρώνονται, η μείωση στην εισαγωγή των ασθενών οφείλεται στο σύστημα αποζημίωσης που ενθαρρύνει τους προμηθευτές να αυξήσουν την αποδοτικότητα των υπηρεσιών τους για να μεγιστοποιήσουν το εισόδημά τους. Σε τέτοια συστήματα γίνεται συγκράτηση του κόστους γιατί υπάρχει μικρότερη παρακίνηση από τους γιατρούς για χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Χωρίς αντισταθμιστικές διαχειριστικές διαδικασίες, η συμμετοχή στο κόστος προκαλεί ανισότητες στην χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Εκτός αν η συμμετοχή στο κόστος είναι ανάλογη με το

εισόδημα. Χωρίς ειδικά μέτρα που να εξαιρούν τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα από τις πληρωμές των πακέτων παρεχόμενων φροντίδων, η πρόσβαση στην περίθαλψη θα εξαρτάται από τα επίπεδα του εισοδήματος. Στοιχεία δείχνουν ότι οι άμεσες πληρωμές εμποδίζουν τους φτωχότερους ανθρώπους στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών σε ένα μεγάλο βαθμό από ότι αυτές εμποδίζουν αυτούς που έχουν καλύτερη οικονομική κατάσταση. Αυτοί οι περιορισμοί στην πρόσβαση μπορεί να προκαλέσει δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία των φτωχότερων και ασθενέστερων ομάδων του πληθυσμού. Άρα για να προστατευτεί η ισότητα, χρειάζονται αντισταθμιστικά μέτρα υπέρ των φτωχότερων μελών της κοινωνίας.

## **5.2 Πρόταση για την θέση της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή στο ελληνικό σύστημα υγείας.**

Όλες οι μορφές της συμμετοχής στο κόστος από τον ασθενή εκτός από αυτές των κρατήσεων και των ασφαλιστικών πακέτων περίθαλψης, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως πολιτικές συγκράτησης του κόστους στην Ελλάδα. Φυσικά, συνοδευόμενες με αντισταθμιστικά μέτρα με σκοπό την ισότητα στην οικονομική πρόσβαση όλου του πληθυσμού.

Όμως, η συμμετοχή στο κόστος από τον ασθενή, δεν είναι και τόσο αποτελεσματική από μόνη της, στην μείωση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών. Γι' αυτό χρειάζεται να συνδυαστεί με πολιτικές συγκράτησης του κόστους από την πλευρά της προσφοράς. Συγχρόνως, χρειάζονται και κάποιες αλλαγές στο υπάρχον υγειονομικό σύστημα.

### 5.3 Προτάσεις για την ανασυγκρότηση του υπάρχοντος υγειονομικού συστήματος με την εισαγωγή και πολιτικών από την πλευρά της προσφοράς.

Το κύριο μήνυμα από την ευρωπαϊκή εμπειρία είναι ότι η συγκράτηση του κόστους κατορθώθηκε μέσα από άμεσες πολιτικές παρεμβάσεις στην προσφορά, είτε ισχυροποιώντας την θέση των τρίτων πληρωτών-χρηματοδοτών, είτε με κατευθείαν κεντρικές ρυθμίσεις αμοιβών και τιμών, είτε τέλος με συνδυασμό και των δύο μεθόδων. Ο κύριος τρόπος με τον οποίο επιτεύχθηκε η συγκράτηση του κόστους στο νοσοκομειακό τομέα ήταν αφ' ενός, όπως έχει προαναφερθεί, η άμεση υπαγωγή των νοσοκομείων στις διοικητικές αρμοδιότητες και ευθύνες των περιφερειών και αφ' ετέρου ο συνδυασμός στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων της ευθύνης αυτής με την εγκατάλειψη του ημερήσιου νοσηλίου και την ταυτόχρονη εισαγωγή προκαταβολικών σφαιρικών προϋπολογισμών για τα νοσοκομεία. Έτσι ακόμα και ευρωπαϊκές χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας βρίσκονται πιο κοντά στο αμερικάνικο πρότυπο, όπως η Ελβετία και η Ολλανδία, λειτουργούν με σφαιρικούς προϋπολογισμούς κρατώντας με αυτόν τον τρόπο το κόστος των δαπανών για την υγεία σε χαμηλότερο επίπεδο από εκείνο των ΗΠΑ, μέσα από τον έλεγχο των πιο πολυδάπανων υγειονομικών υπηρεσιών, δηλαδή αυτών για το νοσοκομειακό τομέα. Στις σπάνιες περιπτώσεις όπως είναι η Γερμανία, όπου εξακολουθούν να ισχύει το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο, υπάρχει τοπική παρέμβαση από την τοπική κυβέρνηση, η οποία πρέπει να εγκρίνει αφ' ενός το τελικό ύψος του νοσηλίου και αφ' ετέρου τις επενδυτικές δαπάνες για τον τοπικό νοσοκομειακό τομέα, μέσα όμως στα πλαίσια του γενικού αυστηρού σχεδιασμού και προγραμματισμού του νοσοκομειακού τομέα σε εθνικό επίπεδο.

Μερικές από τις ευρωπαϊκές χώρες, προχώρησαν ακόμη περισσότερο την ιδέα των σφαιρικών προϋπολογισμών, συνδυάζοντάς τη με διαχειριστικές αλλαγές που στοχεύουν στην περαιτέρω αποκέντρωση της λήψης

αποφάσεων και των αρμοδιοτήτων και λειτουργιών μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο. Έτσι δημιούργησαν μέσα στο νοσοκομείο κέντρο ευθύνης (τα οποία μπορεί να είναι ιατρικά τμήματα, διοικητικές ή νοσηλευτικές μονάδες κτλ.) και τους έδωσαν σχετική αυτονομία και αρμοδιότητες σύνταξης προϋπολογισμών με την προϋπόθεση ότι δεν παραβιάζουν το γενικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας μπορεί να εφαρμόσει πολιτικές που να συμφωνούν με τα χαρακτηριστικά της. Η Ελλάδα είναι μια αναπτυσσόμενη οικονομία με σχετικά χαμηλό ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα, επομένως και με χαμηλούς διαθέσιμους πόρους για υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα όμως έχει πολυπληθές υγειονομικό δυναμικό (γιατροί, οδοντίατροι κτλ.). Τα χαρακτηριστικά του τομέα υγείας της Ελλάδας συνιστούν ένα υγειονομικό σύστημα που θα έχει ως βάση του την Πρωτοβάθμια φροντίδα με άμεση σύνδεσή της με την Δευτεροβάθμια φροντίδα. Η Τριτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να είναι περιορισμένη και υπό έλεγχο. Ένα τέτοιο υγειονομικό σύστημα δεν θυσιάζει ούτε την κοινωνική αποδοτικότητα, ούτε την ισότητα.

Βασικές προϋποθέσεις για την λειτουργία ενός αποδοτικού συστήματος χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα της χώρας μας είναι οι εξής:

- Συγκρότηση κοινού χρηματοδοτικού μηχανισμού ως διαμεσολαβητή ανάμεσα στους χρηματοδότες, τους προμηθευτές και τους χρήστες.
- Η εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας.
- Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την ανάπτυξη και καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.
- Η αποτελεσματική λειτουργία των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας με την αλλαγή του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και αποζημίωσης του προσωπικού.
- Η ανάπτυξη περιφερειακής πολιτικής στον τομέα της υγείας.
- Η δημιουργία κατανομής των πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες ώστε να καταπολεμηθούν οι περιφερειακές και κοινωνικές ανισότητες.

### 5.3.1 Δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.)

Ένα από τα βασικά στοιχεία για την οικοδόμηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος είναι ο Ε.Φ.Υ. Σε αυτόν θα ενταχθούν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και θα μεταβιβάζουν όλους τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλιστικών τους.

Στόχος του Ε.Φ.Υ. θα είναι η ενιαία οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο Ε.Φ.Υ. καλείται:

- Να συγκεντρώνει τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα.
- Να εξασφαλίζει την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας.
- Να ελέγχει και να αξιολογεί την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων στους τομείς της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της πολιτικής προμηθειών, της φαρμακευτικής δαπάνης και της χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας.

Ο Ε.Φ.Υ., ενταγμένος στο πλαίσιο μιας ευρύτερης και πληρέστερης πολιτικής υγείας, θα μπορούσε να αποτελέσει την αφετηρία εισαγωγής, στο ελληνικό σύστημα υγείας, μορφών ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Με αυτόν τον τρόπο επιχειρείται η αναζήτηση οργανωτικών προτύπων και χρηματοδοτικών μέτρων, τα οποία προσεγγίζουν ορισμένα από τα πλεονεκτήματα της αγοράς. Έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν κίνητρα για αναζήτηση της αποδοτικότητας και εξασφάλιση της ισότητας. Μια τέτοια μορφή οργάνωσης επιδιώκει η διάκριση της ζήτησης από την προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Η πρόταση αυτή επιχειρεί αφ' ενός να προάγει την πληροφορημένη επιλογή του χρήστη – καταναλωτή και αφ' ετέρου να θέσει την οργάνωση και το σχεδιασμό της αγοράς υπό τον έλεγχο και τη διαχείριση του χρηματοδότη. Το γενικό συμπέρασμα της πρότασης αυτής είναι ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς, ιδιαίτερα στην πλευρά της προσφοράς, μπορεί να συνεισφέρει στην

αναζήτηση της αποδοτικότητας των προμηθευτών και την συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας

Η πρόταση αυτή είναι αλληλένδετη με την εισαγωγή μεθόδων χρηματοδότησης, διότι όπως έχει δειχθεί, η εκ των υστέρων αποζημίωση των προμηθευτών συμβάλλει στην κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς στον προσδιορισμό του όγκου και της αξίας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Παράλληλα, οι τεχνικές αυτές προϋποθέτουν την εγκατάσταση μηχανισμών κεντρικού και περιφερειακού σχεδιασμού και κατανομής των πόρων, χωρίς την ύπαρξη των οποίων ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός, ενδεχομένως πολλαπλασιάζει τις ατέλειες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με αυτά, ο Ε.Φ.Υ. με την ουσιαστική λειτουργική μορφή του θα είχε ως αποτέλεσμα:

- Να λειτουργεί ως αγοραστής για λογαριασμό των ασφαλισμένων. Εξαιτίας του όγκου του στην αγορά η τεράστια διαπραγματευτική του δύναμη θα επέβαλε ρόλους, κανόνες και στοιχεία αγοράς στον πόλο της προσφοράς τόσο ως προς την ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών όσο και ως προς τη διαμόρφωση των τιμών τους.
- Να προαχθεί η αλληλεγγύη μεταξύ των ασφαλισμένων.
- Να δώσει τη δυνατότητα αποκέντρωσης και ουσιαστικής περιφερειακής πολιτικής μέσω κατανομής των πόρων (ανάλογα με τον πληθυσμό ή τις υγειονομικές ανάγκες) προάγοντας την ισότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και διευκολύνοντας τη δυνατότητα ίσης πρόσβασης, περιορίζοντας ταυτόχρονα στο ελάχιστο τις διαπεριφερειακές ροές ασθενών προς τα δύο μεγάλα κέντρα.
- Να αποτελέσει αφορμή για την συμπλήρωση του ΕΣΥ με την ανυπαρξία σωστής οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

### 5.3.2 Εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας.

Αυτή η μορφή οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας είναι μια ενδιάμεση μορφή μεταξύ ενός συστήματος βασισμένο στους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς και ενός βασισμένου στον κεντρικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Στην ουσία προβλέπουν την σκόπιμη δημιουργία μιας νέας αγοράς από τη δημόσια εξουσία (το κράτος), η οποία αναλαμβάνει την επίτευξη στόχων δημόσιας πολιτικής.

Αυτές οι αγορές χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού οργανισμών που χρηματοδοτούνται ή ελέγχονται από τον δημόσιο τομέα, οι οποίοι ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων γίνεται με την αντικατάσταση των γραφειοκρατικών μηχανισμών από κίνητρα βασισμένα στην λειτουργία της προγραμματισμένης αγοράς. Όμως, ενώ εισάγονται μηχανισμοί της ελεύθερης αγοράς, οι αντικειμενικοί σκοποί τους συστήματος παραμένουν εκείνοι του δημόσιου τομέα.

Στις αγορές αυτές ο δημόσιος τομέας παύει να έχει τον κυρίαρχο ρόλο στην ταυτόχρονη χρηματοδότηση και παραγωγή υπηρεσιών. Αν και η χρηματοδότηση κυρίως μέσω του δημόσιου τομέα (γενική φορολογία, κοινωνική ασφάλιση) διατηρείται, η παραγωγή των υπηρεσιών ανατίθεται σε δημόσιους, ελεγχόμενους από το δημόσιο τομέα ή ιδιωτικούς φορείς ή οργανισμούς, οι οποίοι ανταγωνίζονται μεταξύ τους για προσέλκυση των καταναλωτών. Έτσι εξασφαλίζεται μεγαλύτερη αποδοτικότητα στην παροχή των υπηρεσιών καθώς οι προμηθευτές των υπηρεσιών θα έχουν το κίνητρο να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (έτσι ώστε να προσελκύουν καταναλωτές αλλά και χρηματοδότες) και οι χρηματοδότες θα ελέγχουν αποτελεσματικότερα το κόστος, την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Επίσης, υπάρχει αυξημένη ελευθερία επιλογής στους καταναλωτές καθώς θα έχουν την δυνατότητα να διαλέξουν μεταξύ των προμηθευτών εκείνους που παρέχουν τις πιο ικανοποιητικές υπηρεσίες. Όπως είναι φανερό δεν πρόκειται για την



υιοθέτηση των αρχών της αγοράς στην οργάνωση του συστήματος υγείας αλλά για την μερική εφαρμογή κάποιων μηχανισμών της αγοράς στην παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών.

### **5.3.3 Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με την ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού**

Με την είσοδο του ανταγωνισμού έχει έρθει ξανά στο προσκήνιο η πολιτική για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη υγείας. Αυτή βασίζεται και δίνει έμφαση στο χαρακτήρα της διατομεακής δράσης για την υγεία επαναπροσδιορίζοντας το ρόλο της παραγωγής υγείας. Η δημιουργία συμπλεγμάτων μεταξύ των νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) κλπ., σκοπεύει στην ολοκλήρωση της προσφοράς των φροντίδων υγείας, την μείωση του κόστους παραγωγής και την επίτευξη οικονομικών κλίμακας.

Οι προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότερη χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης είναι οι εξής:

- Η πλήρης κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο επίπεδο του νομού και δυνατότητα επιλογής του πληθυσμού (σε ετήσια βάση) για χρήση υπηρεσιών με βάση το πλαίσιο προσφοράς του νομού. Η επιλογή είναι δεσμευτική για ένα χρόνο και η δυνατότητα αλλαγής υπάρχει μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις.
- Η αυτονομία των Κ.Υ. που υπάρχουν στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και υπαγωγή τους στην Τ.Α. ή / και στους ίδιους του επαγγελματίες υγείας.
- Η προώθηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού με αποζημίωση ανά κεφαλή.

Προς αυτήν την κατεύθυνση απαιτούνται μέτρα ανακατανομής των ειδικοτήτων και τον προσανατολισμό στις κοινωνικές επιστήμες της υγείας και στη διοίκηση – διαχείριση της δημόσιας υγείας.

#### **5.3.4 Αλλαγή του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και αποζημίωσης του προσωπικού των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας.**

Η αλλαγή αυτή μπορεί να επιτευχθεί με τα συστήματα κατανομής ασθενών (περιπτώσεων) σε χωριστές κατηγορίες που προβλέπουν ορθά τους αναγκαίους πόρους για την ανταπόκριση στις ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Για να είναι επιτυχή θα πρέπει να έχουν κλινικά χαρακτηριστικά και να προβλέπουν το αποτέλεσμα της ιατρικής παρέμβασης για κάθε κατηγορία.

Η ταξινόμηση των συστημάτων αυτών έχει βασιστεί στη διάγνωση ή / και στις αναγκαίες ιατρικές ή χειρουργικές παρεμβάσεις, με την διάρκεια νοσηλείας σαν το κύριο μέτρο εκτίμησης των αναγκαίων πόρων. Χωρίς αμφιβολία η πιο γνωστή ταξινόμηση μεταξύ αυτών των συστημάτων είναι εκείνη των «Συναφών Διαγνωστικών Ομάδων». Οι βασικές ιδέες πίσω από αυτήν την καινοτομία ήταν η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων μέσα από την υπευθυνότητα των γιατρών, βάζοντας έτσι τους γιατρούς άμεσα στο παιχνίδι εξοικονόμησης πόρων.

Ένα άλλο στοιχείο που αναδείχθηκε ήταν ότι στις προσπάθειες αυτές ήταν πιο επιτυχείς οι χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας βασίζονται κυρίως πάνω στο ενοποιημένο μοντέλο. δηλαδή στο μοντέλο εκείνο όπου οι δημόσιοι τρίτοι πληρωτές συνάπτουν συμβόλαια κατευθείαν με τους παραγωγούς, παρά οι χώρες των οποίων το κύριο μοντέλο εξακολουθεί ακόμη να βασίζεται σε σχετικά μεγάλο βαθμό στο πρότυπο της δημόσιας αποζημίωσης ή επιστροφής.

### **5.3.5 Ανάπτυξη περιφερειακής πολιτικής στον τομέα της υγείας**

Στην προοπτική μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας στη χώρα μας σε επίπεδο εθνικής στρατηγικής, η αποκέντρωση του συστήματος και η περιφερειακή του συγκρότηση αποτελούν αδιαμφισβήτη προτεραιότητα και αποκτά επιτακτικό στρατηγικό χαρακτήρα. Στη χώρα μας, είναι γνωστό ότι κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του ΕΣΥ (που έχει εγγίσει το στοιχείο της αποκέντρωσης στον σχεδιασμό του) δεν προωθήθηκαν οι θεσμοί αυτοί.

Η περιφερειακοποίηση τουλάχιστον των νοσοκομειακών υπηρεσιών θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα ύψιστης σημασίας. Άλλωστε, η εμπειρία από άλλες χώρες με παράδοση ισχυρής Τ.Α. δείχνει ότι ένα τέτοιο μοντέλο μπορεί να είναι κάλλιστα αποτελεσματικό. Η κίνηση προς την περιφερειακοποίηση θα πρέπει να συνοδεύεται συγχρόνως και με την κατανομή των πόρων ανά περιφέρεια. Η κατανομή αυτή θα πρέπει να αντικατοπτρίζει το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού και των αναγκών υγείας του, χρησιμοποιώντας δείκτες υγείας για τον ευκολότερο προσδιορισμό αυτών των μεγεθών.

### **5.3.6 Κατανομής των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες**

Η κατανομή αυτή αφορά περισσότερο την ιατρική τεχνολογία, κι αυτό επειδή η διείσδυση της ιατρικής τεχνολογίας στο σύστημα των υπηρεσιών υγείας είχε ως συνέπεια το υψηλό κόστος επενδύσεων και λειτουργίας. Συγχρόνως η ιατρική τεχνολογία αποτελεί κίνητρο ανεξέλεγκτης ζήτησης υπηρεσιών. Οι προκλήσεις για χάραξη νέας πολιτικής αφορούν τη σωστή χρησιμοποίηση ή και αναθεώρηση της χρήσης της ιατρικής τεχνολογίας και τον επαναπροσδιορισμό της ίδιας της λειτουργίας της κλινικής ιατρικής.

Προς την κατεύθυνση αυτή, η θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας, με ιατροκοινωνικά και οικονομικά κριτήρια, για τις επενδύσεις τεχνολογίας είναι αναγκαίο να ενταχθούν στα πλαίσια του Εθνικού Χάρτη Υπηρεσιών

Υγείας. Επίσης, απαιτούνται μέθοδοι μέτρησης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των επενδύσεων σε νέες τεχνολογίες και διαγνωστικές μεθόδους.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διαφορετικότητα της υγείας από τα άλλα αγαθά απαιτεί μια πολιτική για την υγεία, η οποία να χαρακτηρίζεται από την κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών. Αυτό προϋποθέτει τον κρατικό παρεμβατισμό στον τομέα της υγείας.

Όμως αναγκαιότητα για κρατικό παρεμβατισμό δεν υπάρχει μόνο στο θέμα της ισότητας αλλά και της συγκράτησης του κόστους. Αυτό σημαίνει ότι ένα σύστημα υγείας για την εκπλήρωση των σκοπών του θα πρέπει να ακολουθήσει μια πολιτική που να συνδυάζει μεθόδους αντιμετώπισης αυτών των ζητημάτων. Και βέβαια πρέπει να επιλέξει μεθόδους που να μην συγκρούονται μεταξύ τους.

Η συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να αποτελέσει από μόνη της αποτελεσματική πολιτική συγκράτησης του κόστους. Μάλιστα κάποιες μορφές της δεν έχουν καθόλου την ικανότητα να συγκρατήσουν το κόστος. Όμως οι αποτελεσματικότερες από τις μορφές της θα μπορούσαν (σε συνδυασμό με αντισταθμιστικά μέτρα για την ισότητα), να συμπληρώσουν μια πολιτική που θα έχει αυτή την κατεύθυνση.

Ειδικά το σύστημα υγείας της Ελλάδας εκτός από αυτήν την πολιτική θα χρειαστεί καταρχήν μια πολιτική δημιουργίας «υπόβαθρου». Η πολιτική αυτή θα στηρίζεται στην διεθνή εμπειρία, αλλά και στα εθνικά μας υγειονομικά χαρακτηριστικά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ 1. «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις».  
Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος  
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.  
**1985.**
2. «Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων».  
Μαρία Κοντούλη – Γείτονα  
Διδακτική Διατριβή  
Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιου Αθηνών.  
**Αθήνα 1992.**
- ✓ 3. «Η πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα».  
Γιάννης Κυριόπουλος, Δημήτρης Νιάκας.  
Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας  
**Αθήνα 1993.**
- ✓ 4. «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών».  
Επιμέλεια Γιάννης Κυριόπουλος  
Εκδόσεις: Θεμέλιο, **1995**
- ✓ 5. «Φαρμακοοικονομία: Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης»  
Γιάννης Κυριόπουλος, Μαίρη Γείτονα, Μαρία Σκουρολιάκου  
**ΕΞΑΝΤΑΣ ΕΚΔΟΤΙΚΗ 1996.**
6. «European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies»  
edited and written by R.B. Saltmon and Figueras  
WHO Regional Publications, European Series, No 72.  
**16 September 1997.**
- ✓ 7. «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα».  
Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης.  
Τρίτη Έκδοση, **Αθήνα 1997.**
- ✓ 8. «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας».  
Μαρία Κοντούλη – Γείτονα  
**ΕΞΑΝΤΑΣ ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε., 1997**

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**



ΤΑΜΕΙΟ  
ΣΥΝΤΑΞΕΩΣ ΚΑΙ ΑΥΤΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

Αριθ. Πρωτ. 15070/2350

ΠΡΟΣ: ΟΛΑ ΤΑ ΚΡΑΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ : ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΓΡΕΞΕΝΙΩΝ

Ταχ. Δ/ση : Αχαρνών 27 - 104 39 Αθήνα  
Πληροφορίες : Ε. ΣΟΛΛΑΤΟΣ  
Τηλεφωνο : 8831-777  
FAX ΤΣΑΥ 8832180

907  
20-4-92

**ΘΕΜΑ:** Ιατρικές επισκέψεις και παρακλινικές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία Κρατικών Νοσοκομείων - αποκλειστικές αδελφές - νοσηλεία λόγω τοκετού.

**ΣΧΕΤ:** Εγκύκλιοι του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων με αριθ. 7/1077/29-8-91 και Α7α/οικ.2304/28-2-92.

Υστερα από τις παραπάνω εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων που έχουν σταλεί και σε σας και δεδομένου ότι το ΤΣΑΥ, σύμφωνα με το Ν. 982/79 αρθ. 15 για τη χορήγηση παροχών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ακολουθεί τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου, παρακαλούμε να εφαρμόζεται η ίδια διαδικασία και στους ασφαλισμένους του ΤΣΑΥ σχετικά με τη συμπλήρωση των εντολών ιατρικών επισκεψών στα εξωτερικά ιατρεία και τον τρόπο υποβολής τους στο Ταμείο.

Με την ευκαιρία και επειδή μας έχουν εκφραστεί επανειλημμένα παράπονα από ασφαλισμένους μας ότι σε ορισμένα Νοσοκομεία τους επιβάλλεται να πληρώνουν οι ίδιοι τη δαπάνη για ιατρικές επισκέψεις ή παρακλινικές εξετάσεις που πραγματοποιούν στα εξωτερικά ιατρεία με αποτέλεσμα την ασκόπη ταλαιπωρία τους, αφού αναγκάζονται να προσέρχονται στη συνέχεια στο Ταμείο για την είσπραξη της δαπάνης, παρακαλούμε στις εξής να εξυπηρετούνται όπως οι δημόσιοι υπάλληλοι, να εισπράτει το Νοσοκομείο μόνο τη συμμετοχή όπου υπάρχει και στη συνέχεια να μας υποβάλει τις εντολές με τον ίδιο τρόπο που υποβάλλονται στο Δημοσίο.

Η συμμετοχή για τις παρακλινικές εξετάσεις είναι 10% για τους ενεργεια ασφαλισμένους (αμέσα - έμμεσα) για τα μέλη οικογενείας των συνταξιούχων και για τα συνταξιοδοτούμενα τέκνα, για τους συνταξιούχους (γήρατος, χήρες, ανικανότητας) δεν υπάρχει συμμετοχή. Στις ιατρικές επισκέψεις δεν καταβάλλεται συμμετοχή από καμιά κατηγορία ασφαλισμένων.

Επίσης σας πληροφορούμε ότι δεν εγκρίνεται η δαπάνη αποκλειστικής εάν δεν γνωστοποιηθεί η χρησιμοποίησή της στο Ταμείο πριν από τη λήξη της νοσηλείας. Για το λόγο αυτό παρακαλούμε οι αρμόδιοι υπάλληλοι των κλινικών να ενημερώνουν τους ασφαλισμένους που κάνουν χρήση αποκλειστικής ότι πρέπει να ειδοποιήσουν το ΤΣΑΥ έστω και τηλεφωνικά (τηλ. 8229-274) πριν από τη λήξη της νοσηλείας.

Νοσοκομ.  
Νορβηγ.  
7.8.92

11-0-4  
[Signature]

ΑΠΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΔΥΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Α.Π. ΑΣΑΥΟΙΑ 7552 6-8-1992  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Β. ΤΣΑΚΑΤΑΡΑ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 5250825  
ΔΥΚ. 1192

ΠΡΟΣ: ΔΙΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ  
ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ.

[Large handwritten signature]

ΚΑΤΕΠΕΙΓΜΕΝ  
=====

ΣΑΣ ΠΡΟΦΕΡΟΥΜΕ ΟΤΙ ΣΤΟ ΦΕΚ 469 Τ.Β. 10-7-92 ΔΗΜΟΣΙΕΥΤΗΚΕ Η ΑΡΙΘΜ.  
ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΕΥΣΑ 6795 15-7-92 ΚΟΙΝΗ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ  
ΑΥΞΗΘΗΚΑΝ ΤΑ ΝΟΣΗΛΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ - ΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ  
ΚΑΙΝΙΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ.

ΑΔ ΣΗΜΕΙΩΘΕΙ ΟΤΙ ΟΙ ΤΙΜΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΤΩΝ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΚΡΑΤΙΚΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΠΑΤΑ ΠΟΣΟΣΤΟ 15% ( Π. Δ.Τ.ΜΑ 134780) ΓΙΑ  
ΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ.

ΕΠΙΣΗΜ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΣΦΕΡΑ ΤΩΝ 5.000 ΔΡΑΜΜΩΝ ΕΑ ΠΕΡΙΟΔΩ ΣΤΟΥΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΥΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

ΜΕ Ε.Τ.  
Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
Μ. ΜΠΙΣΤΙΦΕΡΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ  
=====

1. ΝΟΜΑΡΧΙΕΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΣ
- Α. ΔΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- Β. Υ.Ε.Ε.
2. ΔΙΑ ΑΡΙΘΜ ΕΦΗΜΕΡΩΝ Α ΑΘΗΝΑ
3. ΔΙΑ ΠΑΡΗΣΙΩΝ ΑΘ ΑΘΗΝΑ
4. ΔΙΑ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ  
ΔΙΑ ΤΗΣ ΔΥΝΕΩΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΜΗΤΕΡΗΤΑΣ  
( ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ  
=====

1. ΔΥΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ Γ (3).

NO: 1973 09.09.92 09:13



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλο

10 Φεβρουαρίου 1

### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Υ4α/οικ.1320

(1)

Ορισμός νοσήλιου Νοσοκομείων

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας Υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 28 του Ν. 2519/97(ΦΕΚ 165 Α)  
2. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97(ΦΕΚ 38/ Α/ 97)

3. Την αριθμ 1107147/1239/0067/96 (ΦΕΚ 922/ Β/ 96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών

4. Την αριθμ 80078/96 (ΦΕΚ 924/ Β/ 96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

5. Την εκτίμηση ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιπρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και των Ασφαλιστικών Ταμείων, καθόσον η οριζόμενη νέα δομή νοσήλιου θα επιτρέψει τον ορθολογικό προγραμματισμό και έλεγχο της προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών νοσήλιου και θα συμβάλει στην αιτιολογητή επιτέλεση δαπανών, αποφασίζουμε:

Ορίζουμε το νοσήλιο των Νοσοκομείων ως εξής:

I. Ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

II. Συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

I. Ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

1. Στην έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού νοσήλιου) περιλαμβάνεται:

Κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται από το Νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον άρρωστο των ανωτέρω υπηρεσιών.

2. Δεν περιλαμβάνονται στην κατά την προηγούμενη παράγραφο έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου:

α. Οι παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων:

α1. Κυτταροστατικά

α2. Ανταγωνιστές της ΗΤ3

α3. Ανοσοσφαιρίνες κάθε τύπου, υποκατάστατα σματος και παραγωγα αίματος

α4. Αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες

α5. Ορμόνες υποθαλάμου, υποφύσεως και ομόλο

α6. Διευρετικά της ερυθροποίησης

α7. Αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες

α8. Ιντερφερόνες

α9. Αντιρετροικά

α10. Ανοσοκατασταλτικά

α11. Θρομβολυτικά ένζυμα

α12. Σιασγραφικά που χρησιμοποιούνται στην πυκνή ιατρική και για την εκτέλεση των εξετάσεων αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας και ψηφιακής αγγειογραφίας.

β. Κάθε φάρμακο του οποίου το κόστος της ημερής δόσης θεραπείας υπερβαίνει το 70% του ημερήσιου ποιημένου (κλειστού) νοσήλιου του Παθολογικού Γ Γ θέσης. Η εξαίρεση για τα φάρμακα της περίπτωσης δεν αφορά το συνολικό κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας αλλά μόνο την διαφορά που προκύπτει αν οι συνολικό κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας υπερβεί το ποσό που αντιστοιχεί στο 70% του ημερήσιου ποιημένου (κλειστού) νοσήλιου του Παθολογικού Γ Γ θέσης.

γ. Τα φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα εισάγονται από τα Νοσοκομεία μέσω Ε.Ο.Φ.

δ. Όλα τα ειδή παρεντερικής διατροφής, τα ειδικά λαπα και τα ειδικά διαλύματα.

ε. Όλες οι μίας χρήσης συσκευές που υποστηρίζουν προσωρινά, περιοδικά ή μόνιμα, στελέες ή καταργητές λειτουργίες του οργανισμού ή χρησιμοποιούνται για θεραπευτικές ή φαρμακευτικές μεθόδους.

στ. Όλα τα θεραπευτικά μέσα εμφυτεύσιμα και μη

ζ. Όλα τα μοσχεύματα.

η. Οι θεραπευτικές προθέσεις

θ. Υλικά αγγειακής προσπέλασης και αιμοδυναμικού έγχυσης για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς

Στην έννοια των περ. ε, στ, ζ, η και θ περιλαμβάνονται τα εξαρτήματα αυτών καθώς και τα απολύτως ειδικά για εργαλεία, συσκευές, ειδικά φίλτρα και υλικά χρησιμοποιούνται για την τοποθέτησή τους ή την λειτουργία τους και είναι μίας χρήσης.

- Ι. Ιατρικές πράξεις:
- Αγγειογραφία κάθε είδους, ψηφιακή ή μη, εκλεκτική ή μη
  - Στεφανιογραφία
  - Σπινθηρογράφημα με γ κάμερα
  - Παγκρεατοχολαγγειακή ΕΡΟΡ - εντεροκλίση λεπτού εντέρου.

- Μανιπλική τριχογραφία
  - Αξονική τριχογραφία
  - Λιθοτριψίες
3. Το τιμολογίο του ημερησίου ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου όλων γενικά των Νοσοκομείων καθορίζεται ως εξής:

A. Για νοσηλεία στο Παθολογικό Τομέα.

Θέση Γ	20.000 δρχ
Θέση Ββ	24.000 δρχ
Θέση Βα	29.000 δρχ
Θέση Α	35.000 δρχ
Θέση Πολυτελείας	52.000 δρχ

B. Για νοσηλεία στο Χειρουργικό Τομέα.

Θέση Γ	25.000 δρχ
Θέση Ββ	30.000 δρχ
Θέση Βα	36.000 δρχ
Θέση Α	43.500 δρχ
Θέση Πολυτελείας	55.500 δρχ

Γ. Για νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Τομέα.

Θέση Γ	13.500 δρχ
Θέση Ββ	16.500 δρχ
Θέση Βα	20.000 δρχ
Θέση Α	24.000 δρχ
Θέση Πολυτελείας	36.000 δρχ

Δ. Για Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 64.000 δρχ

Ε. Για Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Οξεία ή χρόνια) 64.000 δρχ

ΣΤ. Για Μονάδα Εντατικής Νεογνών 64.000 δρχ

Ζ. Για Μονάδα αυξημένης φροντίδας και Μονάδα Εμφραγμάτων 32.000 δρχ

Η. Για Μονάδα Εγκαυμάτων 64.000 δρχ

Θ. Για Μονοήμερη Νοσηλεία (χρήση κλίνης χωρίς διανυκτέρευση)

Παθολογικό	25.000 δρχ
Χειρουργικό	30.000 δρχ
Ψυχιατρικό	10.000 δρχ

1. Εξωνεφρική κάθαρση:

Ια. Για αιμοκάθαρση (Τεχνικός Νεφρός)	50.000 δρχ
Ιβ. Για περιτοναϊκή κάθαρση	50.000 δρχ
Ιγ. Για αιμοδιήθηση	50.000 δρχ

4. Για όλες τις κατηγορίες της παραγράφου 3 εκτός της 1 ισχύουν οι διττάξεις των παραγράφων 1 και 2. Η καταβολή εφάπαξ ποσού 5.000 δρχ κατά την είσοδο για νοσηλεία ισχύει για όλες τις κατηγορίες της παραγράφου 3 εκτός των θ και Ι. Για την κατηγορία Ι ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 1.

II. Συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο

1. Στην έννοια του συνολικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου περιλαμβάνεται:

Κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον αρρωστο συνδρομή που παρέχεται από το Νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον αρρωστο των ανωτέρω υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το χρόνο νοσηλείας και τις τυχόν επιπλοκές στο συγκεκριμένο νοσήλιο για το οποίο νοσηλεύεται.

2. Το τιμολογίο του συνολικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσήλιου κατά κατηγορία παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών καθορίζεται ως εξής:

A. Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις:

A1. Αορτοστεφανιαία παράκαμψη 1.700.000 δρχ

A2. Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και τοποθέτηση βαλβίδας 2.500.000 δρχ

A3. Αντικατάσταση κάθε μηχανικής βαλβίδας Αορτής ή Μιτροειδούς 2.000.000 δρχ

A4. Αορτικά βαλβιδοφόρα μοσχεύματα 2.500.000 δρχ

A5. Κατάλυση αρρυθμιογόνων εσπίων - δεμσπιου HISS 1.000.000 δρχ

B1. Αγγειοπλαστική απλή 1.000.000 δρχ

B2. Αγγειοπλαστική με STENT 1.700.000 δρχ

Γ. Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (θεραπευτικής ή διαγνωστικής) 450.000 δρχ

Δ. Ολική αρθροπλαστική ισχίου:

α. με τιμέντο 1.250.000 δρχ

β. χωρίς τιμέντο 1.650.000 δρχ

Ε. Ημιολική αρθροπλαστική ισχίου

α. με τιμέντο 950.000 δρχ

β. χωρίς τιμέντο 1.100.000 δρχ.

ΣΤ. Ολική αρθροπλαστική γόνατος

α. με τιμέντο 1.600.000 δρχ

β. χωρίς τιμέντο 1.850.000 δρχ

Ζ. Μεταμοσχεύσεις όλων των αιδών:

α. νεφρού 2.500.000 δρχ

β. παγκρέατος 3.000.000 δρχ

γ. νεφρού - παγκρέατος 4.000.000 δρχ

δ. ήπατος: 7.500.000 δρχ

ε. μυελού των οστών 4.500.000 δρχ

στ. πνεύμονος 4.000.000 δρχ

ζ. πνεύμονος - καρδιάς 5.000.000 δρχ

η. κεραταειδούς 550.000 δρχ

III. Κάθε άλλη διάταξη που είναι αντίθετη με τις διατάξεις της παρούσας απόφασης ή ρυθμίζει θέματα που διέπονται με αυτή, καταργείται από τότε που αρχίζει να ισχύει η απόφαση αυτή.

Η ισχύς της παρούσας απόφασης αρχίζει από την ημερομηνία που θα δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 3 Φεβρουαρίου 1998

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

N. ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΑΚΙΔΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ

N. ΘΑΡΝΑΚΙΔΗΣ

ΥΠΕΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΜΑΣ

K. ΓΕΤΟΝΑΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**«Οδηγίες και διευκρινήσεις πάνω στην αριθμ. Υ4α/οικ./1320-98 (Φ.Ε.Κ. 99/Α/98) για την σωστή εφαρμογή της Κοινής Υπουργικής Απόφασης».**

Επισημαίνεται ότι από τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, οποιαδήποτε προγενέστερη ρύθμιση που καθόριζε την έννοια του νοσηλίου για τα νοσοκομεία παύει να ισχύει. Οι ειδικές ρυθμίσεις με τις οποίες είχε ορισθεί διαφοροποίηση του τιμολογίου του νοσηλίου, όπως μειωμένο τιμολόγιο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου, για τους ανασφάλιστους πάσχοντες από λοιμώδη νοσήματα κτλ., εξακολουθούν να ισχύουν.

Όσον αφορά την ημερήσια δόση θεραπείας εννοείται η προτυποποιημένη μέση ημερήσια δόση για κάθε δραστική ουσία. Για διευκόλυνση στέλνεται πίνακας που περιέχει τα 45 φαρμακευτικά προϊόντα με δραστικές ουσίες που μέση ημερήσια προτυποποιημένη δόση υπερβαίνει τις 14.000 δρχ. Η διάθεση των φαρμάκων αυτών θα γίνεται με χωριστή συνταγή. Στα ασφαλιστικά ταμεία θα χρεώνεται για κάθε ημέρα χορήγησης των φαρμάκων αυτών η διαφορά που προκύπτει αν αφαιρεθεί το 70% του νοσηλίου της (Γ) θέσης του Παθολογικού Τομέα από το κόστος της δόσης. Ακολουθεί σχετικό παράδειγμα με μια περίπτωση ασθενή για να φανεί καλύτερα η διαδικασία που θα τηρηθεί ημερησίως. Ο πίνακας αυτός θα ανανεώνεται από τον ΕΟΦ κάθε 6 μήνες και θα ισχύει αυτόματα από την 1<sup>η</sup> του επόμενου μήνα.

Ότι αφορά τις ιατρικές πράξεις, εξακολουθούν να ισχύουν οι τιμές κοστολόγησης που ισχύουν κατά τη δημοσίευσής της. Για την περίπτωση της εξωνεφρικής κάθαρσης τονίζεται ότι δεν καταβάλλεται κανένα πρόσθετο ποσό. Το τιμολόγιο εξωνεφρικής κάθαρσης αφορά όλους τους ασθενείς τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς και εισπράττεται για κάθε συνεδρία. Σε περίπτωση που ο εσωτερικός ασθενής νοσηλεύεται για άλλη αιτία είτε αυτή αφορά ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο και απαιτείται

και αιμοκάθαρση θα εισπράττεται επιπλέον ολόκληρο το ποσό της εξωνεφρικής κάθαρσης. Για την εισπραξη δεν απαιτείται ανάλυση του λογαριασμού και παραστατικό των υλικών φαρμάκων κλπ.

Τα είδη που περιλαμβάνονται στην έννοια του ημερησίου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, για τα οποία δεν θα καταβάλλεται κανένα πρόσθετο ποσό είναι τα εξής:

1. Συσκευές ενδοφλεβίου – ενδομυϊκής έγχυσης διαλυμάτων
2. Καθετήρες κύστεως
3. Συσκευές πλύσεως στομάχου
4. Συσκευές οσφυονωτιαίας παρακέντησης.
5. Συσκευές ενδοτραχειακής διασωλήνες
6. Καθετήρες σίψης (απλοί).

Όλα τα υπόλοιπα χρησιμοποιούμενα υλικά μέσα, είδη, προθέσεις, συσκευές κλπ., εξαιρούνται του ημερησίου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου και θα καταβάλλεται το πρόσθετο ποσό.

Για νοσηλεία στους θαλάμους αποσυμπιέσεως ισχύει το νοσήλιο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Η μονοήμερη νοσηλεία αφορά τις περιπτώσεις εκείνες που ο ιατρός κρίνει ότι ο ασθενής επιβάλλεται να κάνει χρήση κλίνης για κάποιες ώρες και όχι για όλο το 24ωρο και ειδικότερα:

1. Παθολογικό
  - α. για καρκινοπαθείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.
  - β. Για πολυμεταγγιζόμενους που υποβάλλονται σε μετάγγιση αίματος.
  - γ. Για όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις που σύμφωνα με την ιατρική γνώμатеυση απαιτείται παραμονή στο νοσοκομείο για νοσηλεία ορισμένων ωρών ώστε να γίνει συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή.
2. Χειρουργικό  
Για αιματηρές ή αναίμακτες επεμβάσεις (διαγνωστικές ή θεραπευτικές) που απαιτείται παροχή αναισθησίας με συμμετοχή αναισθησιολόγου.

### 3. Ψυχιατρικό

Εφ' όσον ο ασθενής έχει ενταχθεί σε πρόγραμμα αποασυλοποίησης.

Διευκρινίζεται ότι ο ασθενής καταλαμβάνει κλίνη στην θέση που δικαιούται από τον ασφαλιστικό του φορέα. Σε περιπτώσεις νοσηλείας του σε θέση ανώτερη ή βελτιωμένη από την δικαιούμενη θέση (μετά από αίτημα του ασθενούς) θα καταβάλλεται από τον ίδιο τον ασθενή η διαφορά του ημερήσιου (κλειστού) ενοποιημένου νοσηλίου που προκύπτει από τη δικαιούμενη θέση που νοσηλεύτηκε. Το τιμολόγιο του συνολικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου για τους ιδιώτες ισχύει για νοσηλεία μόνο σε κλίνη θέσης. Σε περίπτωση αλλαγής θέσης, θα καταβάλλεται το συνολικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο της θέσης που νοσηλεύτηκε και της Γ' θέσης. Ασθενείς κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας δικαιούνται δωρεάν νοσηλεία μόνο σε Γ' θέση είτε πρόκειται για νοσηλεία με ημερήσιο ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο. Σε περίπτωση νοσηλείας τους σε θέση ανώτερη από της Γ' θέση (μετά από αίτημά τους) χάνουν το ευεργέτημα της δωρεάν νοσηλείας.

Το τιμολόγιο του συνολικού ενοποιημένου νοσηλίου για τις αγγειοπλαστικές αφορά μόνο αγγειοπλαστική ενός αγγείου με ένα μπαλονάκι. Σε περίπτωση που η αγγειοπλαστική γίνει σε περισσότερα αγγεία τότε στο αντίστοιχο συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο προστίθεται και η αξία των αναφερομένων υλικών που χρησιμοποιήθηκαν. Στις περιπτώσεις που η καρδιοχειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί μία αμιγή κατηγορία συνολικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, αλλά είναι συνδυασμός κατηγοριών, τότε χρεώνεται το μεγαλύτερο σε κόστος τιμολόγιο του συνολικού ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου της κατηγορίας που αφορά και καταβάλλεται πρόσθετα και το κόστος των επιπλέον υλικών που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση αυτού του συνδυασμού.

Για την εκκαθάριση του σχετικού λογαριασμού του συνολικού ενοποιημένου νοσηλίου απαιτείται το δελτίο παροχής υπηρεσιών του

Νοσοκομείου, βεβαίωση του θεράποντος γιατρού θεωρημένη από τον επιστημονικό υπεύθυνο του τμήματος για το είδος της επέμβασης και παραστατικό χρησιμοποίησης του υλικού στο συγκεκριμένο ασθενή καθώς και παραστατικό χρησιμοποίησης του υλικού στο συγκεκριμένο ασθενή καθώς και παραστατικά για τα επιπλέον υλικά. Για τα υπόλοιπα υλικά και φάρμακα δεν απαιτείται ανάλυση και παραστατικά έγγραφα.

Στην περίπτωση που ασθενής κάνει χρήση του συνολικού ενοποιημένου νοσηλίου ενώ αρχικά είχε εισαχθεί για νοσηλεία με ημερήσιο ενοποιημένο νοσήλιο η χρέωση θα γίνεται ως ακολούθως:

A) Από την εισαγωγή του και μέχρι την προηγούμενη μέρα της επέμβασης θα καταβάλλονται όλα όσα αναφέρονται στο ημερήσιο ενοποιημένο νοσήλιο εκτός εκείνων των ιατρικών πράξεων που όμως έχουν άμεση σχέση με την επέμβαση.

B) Από την ημέρα της επέμβασης (χρήση συνολικού ενοποιημένου νοσηλίου) και μέχρι το τέλος της νοσηλείας μόνο το συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο.

Όλες αυτές οι οδηγίες και διευκρινήσεις έχουν σκοπό την λύση όλων των αποριών και προβληματισμών για τη σωστή υλοποίηση της απόφασης ώστε να χρεώνονται σωστά όλες οι δαπάνες που προκαλούνται από την νοσηλεία και περίθαλψη των ασθενών. Παράλληλα να γίνονται με τους ευνοϊκότερους όρους για το Νοσοκομείο, οι προμήθειες των απαιτούμενων υλικών, μέσων και συσκευών, χωρίς αυτό να αποβαίνει σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλείας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιβάλλεται στενή και καλή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών (Νοσοκομείου – Ασφαλιστικών Ταμείων) με πρώτη φροντίδα την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και μείωση των ημερών νοσηλείας. Για το λόγο αυτό τα Νοσοκομεία υποχρεούνται να υποβάλλουν έγκαιρα τα προς είσπραξη νοσήλια που οφείλουν τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα ασφαλιστικά ταμεία



υποχρεούνται να προκαταβάλλουν το 90% του αιτούμενου ποσού και εντός του επόμενου μήνα να γίνεται πλήρης εκκαθάριση του όλου λογαριασμού

Για την πιστή τήρηση της αριθμ./4.α/οικ. 1320/98 (Φ.Ε.Κ. 99/Α/98) απόφασης «Ορισμός Νοσηλίου Νοσοκομείων» και όλων όσων αναφέρονται στην εγκύκλιο αυτή θέτονται υπεύθυνοι οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων.