

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΜΥΠ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**“Η Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας από τα
Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης”**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Κ ΜΑΥΡΕΑΣ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Όλγα Διονυσιώτη
Μένη Κοκκίνου**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2002

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΜΥΠ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**"Η Χρηματοδότηση των υπηρεσιών Υγείας από τα
Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης"**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Κ ΜΑΥΡΕΑΣ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Όλγα Διονυσιώτη
Μένη Κοκκίνου**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
ΤΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	σελ.9
1.1 Η δομή των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης	σελ.9
1.2 Παροχές των διαφόρων εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.	σελ.11
1.3 ΗΠΑ (Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας , Οργανισμοί	
 Επιλεγμένων Προμηθευτών και Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες.	σελ.12
1.4 Γαλλία (Δίκτυα συντονισμένων φροντίδων)	σελ.15
1.5 Μ. Βρετανία (Γενικός Γιατρός).....	σελ.17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.19
2.1 Παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα συστήματα	
 κοινωνικής ασφάλισης.....	σελ.19
2.2 Κλασικές Παραδοσιακές Μορφές Χρηματοδότησης.	
 Ανοιχτή Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη.....	σελ.21
2.3 Διαπιστώσεις από τη χρηματοδότηση της	
 πρωτοβάθμιας περίθαλψης.....	σελ.29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	σελ.31
3.1 Χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα	σελ.31
3.2 Ανισότητες στις παροχές από τους ασφαλιστικούς	
 Οργανισμούς	σελ.37
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	
Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	σελ.46
4.1 Η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	σελ.46
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	
Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	σελ.50
5.1 Εισαγωγή.....	σελ.50
5.2 Συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης των υπηρεσιών	
 υγείας.....	σελ.55
5.3 Η πιθανή υιοθέτηση σφαιρικών / κλειστών	
 προϋπολογισμών στην Ελλάδα και η περιφερειακή	
 κατανομή πόρων.....	σελ.58
5.4 Διαμόρφωση και κατάρτιση τμηματικών και	
 κλινικών προϋπολογισμών.....	σελ.63

5.5	Πηγές χρηματοδότησης δημόσιων νοσοκομείων και των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών	σελ.67
5.6	Η συμβολή της περιφερειακής κατανομής των πόρων στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας.....	σελ.72
5.7	Συμπεράσματα	σελ. 76
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	σελ.79
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.82

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διεθνής εμπειρία παρουσιάζει μια πολυμορφία στη σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η δομή όμως και γενικότερα η φιλοσοφία και η ιστορική εξέλιξη του εκάστοτε υγειονομικού συστήματος επηρεάζει άμεσα την χρηματοδότηση του και έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία μιας ποικιλίας μεθόδων χρηματοδότησης. Εκτός όμως από την φιλοσοφία δόμησης ενός συστήματος υγείας υπάρχει και ένας αριθμός άλλων παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι βασικότεροι παράγοντες είναι η φύση του αγαθού υγείας, η μορφή του συστήματος υγείας η οποία εξαρτάται από το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας.¹

Σήμερα έχει γίνει σχεδόν από κοινού αποδεκτό ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι αναιρούνται οι ιδιότητες ως καταναλωτικού και επενδυτικού αγαθού. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να κατανέμονται βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας και όχι βάσει του εισοδήματος, του πλούτου ή της αγοραστικής δύναμης του ατόμου. Σε μια σύγχρονη κοινωνία δεν πρέπει να αποκλείεται

¹ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ – ΓΕΙΤΟΝΑ, *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, εκδ. Εξάντας/Πολιτικές της υγείας, Αθήνα 1997 σελ.25

κανένα άτομο από το δικαίωμα για φροντίδα υγείας εάν αυτό δεν έχει την δυνατότητα να καταβάλλει την τιμή της.²

Η σταθερά θεμελιωμένη αντίληψη της σύγχρονης κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία σε καθεμία από αυτές τις χώρες ενός κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Θεμελιωτής της κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται ο λόρδος Beveridge, ο οποίος με την δημοσίευση της αναφοράς του 1942 στην Αγγλία έθεσε την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός ενιαίου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.³

Το ασφαλιστικό σύστημα μιας χώρας είναι στενά συνδεδεμένο με την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας της χώρας αυτής. Για αυτό τον λόγο παρατηρείται το φαινόμενο, χώρες που έχουν ένα δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα να παρέχουν σχεδόν πλήρη κάλυψη στον πληθυσμό τους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν υψηλό ποσοστό δαπανών υγείας, ενώ χώρες με ασφαλιστικό σύστημα που βασίζεται στον ιδιωτικό τομέα να επιτείνουν τις κοινωνικές ανισότητες σε βάρος ορισμένων μειονεκτούντων κατηγοριών του πληθυσμού.⁴

Το Ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζεται ως ένα μικτό σύστημα το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι απαραίτητοι κανόνες δράσης που θα ρυθμίζουν την οργάνωση, την λειτουργία και το χρηματοδοτικό πλαίσιο και των δύο διαστάσεων.

² στο ίδιο, σελ.25-26

³ στο ίδιο, σελ 27

⁴ στο ίδιο, σελ.28

Εντοπίζουμε τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην χώρα μας.⁵

- Τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία)
- Την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία Υγείας)
- Τις Ιδιωτικές πληρωμές (Διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση)

Όπως προκύπτει λοιπόν από τα παραπάνω, η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα στη χώρα μας είναι η κοινωνική ασφάλιση και πιο συγκεκριμένα οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών.

Το ζήτημα της χρηματοδότησης το οποίο είναι κατεξοχήν μέγιστης σημασίας, υποτιμήθηκε συστηματικά σε όλες τις προσπάθειες ανασυγκρότησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Η πρακτική αυτή, σε συνδυασμό με τα διαρκώς διευρυνόμενα ελλείμματα της κεντρικής διοίκησης καθώς επίσης και την πρόσφατη χρηματοδοτική κρίση των οργανισμών ασφάλισης υγείας, ενοχοποιούνται για την δραματική χρηματοδοτική κρίση του υγειονομικού μας τομέα.⁶

Πριν όμως προχωρήσουμε στην ανάλυση της διαδικασίας χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από την κοινωνική ασφάλιση, θεωρείται αναγκαίο να αναφέρουμε ότι ενώ τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα δεν επιτρέπουν την επέκταση της χρηματοδότησης και η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού μειώνεται αισθητά, οι ενδεχόμενες ρυθμίσεις

⁵ Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2000, σελ.112.

⁶ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΪΤΟΝΑ, *οπ*,σελ13.

αύξησης των ασφαλιστικών εισφορών δεν μπορεί να αποφέρουν έσοδα σύμφωνα με τους προσδοκώμενους σχεδιασμούς, δεδομένης της οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας. Ως εκ τούτου η προσπάθεια αναπλήρωσης πόρων από την κοινωνική ασφάλιση – διαμέσου της αύξησης των τιμών - παραμένει άνευ αντικειμένου. Είναι προφανές ότι τα δημόσια ελλείμματα και τα ελλείμματα της κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας- τα οποία εμφανίζονται για πρώτη φορά – μεταφέρονται γενικότερα στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας. Εκ παραλλήλου – παρά την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών – η υστέρηση εσόδων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και η αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας ενοχοποιούνται για την εμφάνιση ελλειμμάτων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Είναι προφανές ότι λειτουργεί ένας φαύλος κύκλος ελλειμμάτων.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ένταση των φαινομένων αυτών καθιστά το πρόβλημα της χρηματοδότησης όχι μόνο εξαιρετικά σύνθετο και επείγον αλλά και πρωτίστης προτεραιότητας για την εθνική πολιτική υγείας στην τρέχουσα δεκαετία. Η διαχείριση των ελλειμμάτων επιβάλλει, προφανώς, σε συνθήκες οικονομικής κρίσης ολοκληρωμένες πολιτικές συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών – διαμέσου των οποίων επιτυγχάνεται ταυτοχρόνως και η βέλτιστη κατανομή των πόρων.⁷

Η παρούσα εργασία, βέβαια δεν φιλοδοξεί να συμπεριλάβει κάθε εναλλακτική λύση ή προοπτική, αλλά αρκείται να εξετάσει και να παρουσιάσει όπως αναφέραμε και παραπάνω

⁷ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, οπ. σελ14

την διαδικασία της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και να αναδείξει την ανισότητα στις ασφαλιστικές καλύψεις, τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση στην κατανομή πόρων, την χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, την εκτεταμένη παραοικονομία και συγκεκριμένα την υψηλή ιδιωτική δαπάνη από τη μεριά των χρηστών.

Η μελέτη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι αντικείμενο με ιδιαίτερη δυσκολία και απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις. Η εργασία αυτή δεν εμβαθύνει στην επεξεργασία πρωτογενούς υλικού, δηλαδή την επεξεργασία δεδομένων των ασφαλιστικών ταμείων αλλά στηρίζεται σε δευτερογενές δημοσιευμένο υλικό και συγκεκριμένα σε έρευνες που έχει επιμεληθεί και καταγράψει κυρίως η επιστημονική ομάδα του Γ. Κυριόπουλου.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις τάσεις και προοπτικές χρηματοδότησης της υγείας σε διεθνές επίπεδο. Περιγράφεται επίσης η διαχρονική εξέλιξη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από την κοινωνική ασφάλιση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται επισταμένη και εκτεταμένη αναφορά στους τρόπους διαχείρισης και χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας, με τον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων καθώς και με τα προβλήματα αυτού του τρόπου. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η οικονομική κάλυψη του ιδιωτικού τομέα από

τους ασφαλιστικούς φορείς. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας σε όλα τα επίπεδα, ώστε να γίνει ικανή η σύγκριση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

ΤΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1.1 Η δομή των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

Σε ότι αφορά τη δομή των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, διακρίνουμε δύο διαφορετικούς τύπους: το καθεστώς καθολικής κοινωνικής ασφάλισης και το καθεστώς των υποχρεωτικών κοινωνικών υποστηρίξεων που είναι ως εξής:⁸ Το σύστημα της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει όλο τον πληθυσμό. Οι παροχές υγείας καλύπτουν όλους τους πολίτες χωρίς καταβολή συνεισφοράς. Αυτό το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης συναντάται κυρίως στη Μ. Βρετανία και τη Δανία. Παραλλαγές του μοντέλου συναντώνται στην Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία. Από την άλλη πλευρά, το σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής υποστήριξης αναφέρεται μόνο σε άτομα τα οποία είναι μέλη μίας συγκεκριμένης επαγγελματικής κατηγορίας. Καλύπτονται μόνο τα άτομα τα οποία έχουν καταβάλλει τις εισφορές τους σε ένα συγκεκριμένο Ταμείο. Το μοντέλο αυτό της κοινωνικής

⁸ Σ. ΡΟΜΠΟΛΙΣ -Μ. ΧΛΕΤΣΟΣ, *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη 1995, σελ. 98.

ασφάλισης συναντάται στη Γαλλία, τη Γερμανία και το Βέλγιο.

Το καθεστώς αυτό της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι καθολικό και δεν καλύπτει όλο τον πληθυσμό (1 έως 5% είναι ανασφάλιστοι ανάλογα με τη χώρα). Το ύψος των παροχών δεν είναι ομοιόμορφο, αλλά εξαρτάται από τη διάρκεια και το ύψος των εισφορών καθώς και από το ύψος του μισθού. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχει και η περίπτωση των Κάτω Χωρών, όπου ενώ είναι υποχρεωτική η ασφάλιση, ο πολίτης μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη.

Τρία είναι τα κύρια σημεία συγκρίσεων ανάμεσα στα κοινωνικά συστήματα ασφαλίσεων των χωρών της Κοινότητας: το πρώτο αφορά το επίπεδο των παροχών ειδικότερα στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στον τομέα της προστασίας της οικογένειας των ηλικιωμένων ατόμων. Το δεύτερο αφορά τον τρόπο χρηματοδότησης των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης. Το τρίτο αφορά τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν τα διάφορα συστήματα εθνικής κοινωνικής ασφάλισης.⁹

⁹ Στο ίδιο, σελ. 100-101.

1.2 ΟΙ παροχές των διαφόρων εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

Το μοντέλο της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης κάλυπτε κατά το έτος 1987 το 100% των δαπανών νοσοκομείου σε όλες τις χώρες στις οποίες εφαρμόζεται καθώς και το 100% των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εκτός από τις χώρες Ισπανία (καλύπτεται το 97%) και Ιρλανδία (καλύπτεται το 40%).¹⁰

Χαρακτηριστικό αυτού του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι το ποσοστό κάλυψης των δαπανών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης διαφέρει από χώρα σε χώρα. Μπορεί να αγγίζει το 100% όπως συμβαίνει στη Γαλλία, αλλά μπορεί να αποκλίνει σημαντικά όπως συμβαίνει στις Κάτω Χώρες.

Σε ότι αφορά την οργάνωση των παρεχόμενων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών παρατηρούνται σημαντικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες όπως η Γαλλία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο, ο ασθενής μπορεί να επιλέξει τον γιατρό τον οποίο θέλει να επισκεφτεί. Καταβάλλει το αντίτιμο της επίσκεψης του και ύστερα η κοινωνική ασφάλιση του επιστρέφει ένα μέρος ή σχεδόν όλο το ποσό των χρημάτων.¹¹

Αντίθετα στις άλλες χώρες, όπου δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής γιατρού, η επίσκεψη σε ιατρό του ασφαλιστικού ταμείου δε συνοδεύεται από καταβολή αμοιβής.

¹⁰ Στο ίδιο, σελ. 101.

¹¹ Στο ίδιο, σελ. 102.

Ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών ασφάλισης υγείας και η αποδοτικότητα των δαπανών υγείας διαφέρει επίσης ανάλογα με τη χώρα. Διακρίνονται τρεις κύριοι τρόποι χρηματοδότησης. Ο πρώτος στηρίζεται εξολοκλήρου στη φορολογία. Ο τρόπος αυτός εφαρμόζεται στη Δανία, στη Μ. Βρετανία και στην Ιρλανδία.

Ο δεύτερος τρόπος στηρίζεται κυρίως στις εισφορές. Εφαρμόζεται στη Γαλλία, στο Λουξεμβούργο, Ελλάδα και τη Γερμανία. Ο τρίτος στηρίζεται στις εισφορές και στη φορολογία. Εφαρμόζεται στο Βέλγιο και στην Ισπανία.

Παρακάτω σας παραθέτουμε με συντομία κάποια αντιπροσωπευτικά παραδείγματα από τη διεθνή εμπειρία.

1.3 Οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας , Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών και Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Η περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Στις ΗΠΑ, όπως είναι γνωστό, σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούμενης από υποχρεωτικές εισφορές ή γενικότερα ευρωπαϊκού τύπου κοινωνική προστασία δεν υπάρχει. Κοινωνική πολιτική ασκείται μέσω δυο ομοσπονδιακών προγραμμάτων, του Medicare και του Medicaid, τα οποία φέρουν το χαρακτήρα της κοινωνικής προστασίας σε θέματα υγείας. Το αφορά το κόστος ανοικτής

και κλειστής περίθαλψης των 30 εκατομμυρίων περίπου ηλικιωμένων και αναπήρων, το δε των 23 εκατομμυρίων φτωχών. Τα προγράμματα αυτά έχουν εκτός από πολιτειακό και ομοσπονδιακό χαρακτήρα και αναλαμβάνουν περίπου το 40% των δαπανών υγείας.¹²

Η επικρατέστερη και γνωστότερη οργανωτική και χρηματοδοτική πολιτική στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ταυτίζεται με τη δημιουργία των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations).

Αποτελούν ένα οργανωμένο σύστημα με εσωτερικούς διαχειριστικούς ελέγχους, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη για παροχή κάθε είδους φροντίδων υγείας σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Ο πληθυσμός αυτός αποτελεί τα εγγεγραμμένα οικειοθελώς μέλη του τα οποία πληρώνουν εκ των προτέρων, περιοδικά 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 και έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν οποιαδήποτε υπηρεσία.¹³

Οι οργανισμοί αυτοί επεκτάθηκαν ταχύτατα στις ΗΠΑ για το λόγο ότι αποτελούν ένα ολοκληρωμένο πρότυπο οργανωμένης φροντίδας, το οποίο προσφέρει στα μέλη του όλες τις προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, όλες τις εναλλακτικές μορφές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι οργανισμοί αυτοί έχουν τη μορφή εταιρειών είτε σαν μεμονωμένο νοσοκομείο ή ομάδες νοσοκομείων είτε

¹² Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, *Πολιτική και οικονομία της υγείας, Γξαντας/ Πολιτικές υγείας*, Αθήνα 1997, σελ. 53.

¹³ Στο ίδιο, σελ. 54.

εταιρειών που παρέχουν συγκεκριμένες ιατρικές υπηρεσίες ή ασφαλιστικών εταιρειών και συμβάλλονται με γιατρούς όλων των ειδικοτήτων καθώς επίσης υπάρχουν δίκτυα προστασίας της υγείας που παρέχουν μόνο πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και βασίζονται μόνο σε γενικούς γιατρούς.¹⁴

Η εξελιγμένη μορφή των ΗΜΟς βρίσκει έκφραση από το 1980 και μετά στους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών(Preferred Provider Organizations) που 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» με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την άμεση διαπραγμάτευση του ύψους των αμοιβών μεταξύ των οργανισμών , των γιατρών και των συμβαλλόμενων. Βασική διάκριση μεταξύ των Οργανισμών Προστασίας της Υγείας και των τελευταίων αποτελεί ο τρόπος αμοιβής των γιατρών κατά πράξη και περίπτωση.¹⁵

Η θέσπιση ανώτατων ορίων στις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών μεταξύ των οργανισμών και των συμβαλλόμενων καθώς επίσης και η σκληρή διαπραγμάτευση μεταξύ τους οδήγησαν στην ταξινόμηση και κατάταξη των ασθενών κατά συναφή διαγνωστικά, θεραπευτικά, οικονομικά και διαχειριστικά κριτήρια. Με αυτό το σύστημα οι γιατροί αμείβονται ανάλογα με την ομάδα στην οποία κατατάσσεται ο ασθενής για ανοικτή περίθαλψη και είναι το αντίστοιχο

¹⁴ Στο ίδιο, σελ 55.

¹⁵ Στο ίδιο, σελ. 56-57.

σύστημα των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs) που εφαρμόζεται στην νοσοκομειακή περίθαλψη.¹⁶

Η χρήση των DRGs συνέβαλε σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση, γιατί η κατηγοριοποίηση του εξαιρετικά μεγάλου φάσματος των ασθενειών, με δεδομένο ότι κάθε μια απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση και φροντίδα και συνεπώς διαφορετικούς πόρους, βοήθησε στον προσδιορισμό των πόρων που απαιτούνται για τη θεραπεία όμοιων περιπτώσεων, με αποτέλεσμα τη συνολική εκ των προτέρων χρηματοδότηση από το Medicare. Τεχνικά στηρίχθηκε στην αναλυτική κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών και στη σύνδεση του κόστους με τις νοσοκομειακές δραστηριότητες ώστε να εκτιμηθούν οι πόροι που απαιτούνται για κάθε διαγνωστική κατηγορία.¹⁷

Χώρες που επίσης έχουν υιοθετήσει τα DRGs ή μελετούν την εφαρμογή τους είναι η Γαλλία, Πορτογαλία, Μεγάλη Βρετανία και Βέλγιο.

1.4 Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων στη Γαλλία.

Όπως προαναφέραμε στη Γαλλία είναι σταθερά παγιωμένη η δομή της κοινωνικής ασφάλισης καθώς επίσης η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη και κοινωνική προστασία. Στη Γαλλία δημιουργήθηκαν τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων κάτι αντίστοιχο με το πετυχημένο μοντέλο των Οργανισμών

¹⁶ Στο ίδιο, σελ. 57.

¹⁷ Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 2000, σελ. 76

Διατήρησης της Υγείας των ΗΠΑ που διατήρησαν όμως τη βασική δομή της κοινωνικής ασφάλισης. Στα δίκτυα αυτά, οι κύριοι προσανατολισμοί στρέφονται γύρω από την οργάνωση και παροχή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και προσφέρουν ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών υγείας στους συμβεβλημένους τους.¹⁸

Στα πλαίσια των δικτύων συμμετέχουν ασφαλιστικές εταιρείες, δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και ομάδες ιατρών.

Βασικά χαρακτηριστικά των δικτύων είναι η ετήσια εκ των προτέρων κατά κεφαλή ασφαλισμένου χρηματική καταβολή, η συνεργασία και αλληλοσύνδεση των επαγγελματιών υγείας και η αποτελεσματικότερη ποιοτικά και ποσοτικά προσφορά υπηρεσιών υγείας στα εθελοντικά εγγεγραμμένα μέλη τους, με σκοπό να διατηρήσουν ή να διευρύνουν την πελατεία τους.¹⁹

Η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στα οικονομικά των δικτύων με την προκαταβολή της ετήσιας συνδρομής, που είναι η κατά κεφαλή ασφαλισμένου χρηματοδότηση του δικτύου στο οποίο αυτός είναι μέλος. Η χρηματοδότηση των Δικτύων από την Κ.Α. είναι ανεξάρτητη από τα λειτουργικά τους έξοδα και από το είδος και τον όγκο κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας του κάθε συμβεβλημένου.

Για τον λόγο αυτό θεωρείται πρωτίστης σημασίας η διαπραγμάτευση για τον καθορισμό των δαπανών, οι οποίες θα αναληφθούν από τους οργανισμούς Κ.Α. Κάθε δίκτυο

¹⁸ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, *οπ.*, σελ. 58.

¹⁹ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, *οπ.*, σελ. 59.

οργανώνεται και επιλέγει ελεύθερα την πελατεία του, ο δε τρόπος αμοιβής των συμβεβλημένων γιατρών καθορίζεται είτε με μισθό, είτε με αμοιβή κατά κεφαλή ασφαλισμένου, είτε κατά πράξη και περίπτωση ή με συνδυασμό αυτών.²⁰

Τέλος όσο αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη όταν ο γιατρός αποφασίζει ότι ένα άτομο έχει ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης, αυτή του παρέχεται δωρεάν. Το νοσοκομείο χρεώνει το ασφαλιστικό του ταμείο και αυτό με τη σειρά του καταβάλλει το λογαριασμό του ασθενούς κατά 80% περίπου, ενώ το υπόλοιπο ποσό σε διάστημα 6 μηνών το επιβαρύνεται ο ασθενής.

1.5 Ο Γενικός Ιατρός στη Μεγάλη Βρετανία.

Στη Μ. Βρετανία ο ρόλος του διαμεσολαβητή – αγοραστή υπηρεσιών υγείας ανατίθεται στους γενικούς γιατρούς, θεσμός που αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό και το διακριτικό πλεονέκτημα του βρετανικού συστήματος υγείας.

Παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη στους εγγεγραμμένους ασθενείς, τους παραπέμπουν σε ειδικούς γιατρούς και αναλαμβάνουν γενικότερα τις οικονομικές συνέπειες των αποφάσεών τους.

Ο τρόπος αποζημίωσης των γενικών ιατρών, είναι κατά κεφαλή με βάση δηλαδή τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ενώ η παροχή των υπηρεσιών τους δεν επιβαρύνει τους ασθενείς. Όσο αφορά στη σχέση τους με την Εθνική

²⁰ Μ. ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ, οπ, σελ. 59.

Υπηρεσία Υγείας αυτή δεν είναι υπαλληλική από την άποψη ότι η συνεργασία των ιατρών με αυτήν στηρίζεται σε συμβόλαια που αναθεωρούνται.²¹

Με το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα του 1991 ο γιατρός καθορίζει πλέον τις κλινικές προτεραιότητες στους ασθενείς του, ενώ διαχειρίζεται και κατανέμει του πόρους που του προσδίδονται μέσω ενός ειδικού προϋπολογισμού, ανάλογα με το επίπεδο φροντίδας που χρειάζεται ο κάθε ασθενής. Επίσης πρέπει να σημειώσουμε ότι μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού που τους παρέχεται από περιφερειακές υγειονομικές αρχές αγοράζουν και τις απαραίτητες υπηρεσίες από τα νοσοκομεία για λογαριασμό των χρηστών.²²

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν τρόποι – μοντέλα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στο διεθνή χώρο. Η προσέγγιση των μεθόδων χρηματοδότησης αυτών έγινε στο επίπεδο των πηγών των κεφαλαίων με ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική ασφάλιση, αλλά και των μηχανισμών αποζημίωσης των ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που αποτελούν τους κύριους προμηθευτές των υπηρεσιών.

²¹ Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, *οπ*, σελ.72

²² Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, *οπ*, σελ.72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Χαρακτηριστικό φαινόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία είναι η πληθώρα δομών , υπηρεσιών και κανόνων χρηματοδότησης. Ο αγροτικός πληθυσμός απολαμβάνει υπηρεσίες υγείας από τον ΟΓΑ στα κέντρα υγείας των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, ενώ στις αστικές περιοχές η πλειοψηφία του αστικού πληθυσμού απολαμβάνει υπηρεσίες υγείας από τα πολυϊατρεία και τις μονάδες του ΙΚΑ.

Οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ και αυτές που παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ καλύπτουν περίπου το 70% του πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 25% είναι κατανεμημένο σε διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς μεγαλύτεροι εκ των οποίων είναι το ΤΕΒΕ, το Ταμείο Εμπόρων και η περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων, των οποίων η δυνατότητα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι δυσχερής.²³

²³ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, *Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: Το πραγματικό δίλημμα και ο ενιαίος φορέας υγείας*, στο Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ-Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, *Επιμ, Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Ανταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα 1997, σελ.29

Παρά το γεγονός όμως, ότι η χώρα διαθέτει ένα από τα καλύτερα δίκτυα υποδομών μεταξύ των βιομηχανικών χωρών για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, με 170 περίπου κέντρα υγείας στον ημιαστικό και αγροτικό πληθυσμό και περίπου 250 πολυϊατρεία του ΙΚΑ στον αστικό πληθυσμό, εν τούτοις η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να είναι η «αχίλλειος πτέρνα» του υγειονομικού τομέα δεδομένου ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών στη ζήτηση και προσπέλαση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα και κυρίως ανταποκρίνεται στους μικρούς κινδύνους για την υγεία, οι οποίοι αποτελούν το 90% της ζήτησης φροντίδων.²⁴

Σε ότι αφορά λοιπόν, την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενυπάρχουν δύο βασικά υποδείγματα²⁵, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις αλληλοσυμπληρώνονται:

- 1) Στο πρώτο υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνονται ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία έχουν στην κατοχή τους υπηρεσίες και παράγουν υπηρεσίες επιχειρώντας να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους. Το υπόδειγμα αυτό έχει ακολουθηθεί από το ΙΚΑ,ΝΑΤ κτλ.

Τα περισσότερα ταμεία του είδους αυτού, παρέχουν υπηρεσίες στα μεγάλα αστικά κέντρα σε καθημερινή βάση σε δικά τους πολυϊατρεία με όλες σχεδόν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Οι γιατροί παρέχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται με μισθό. Μια παραλλαγή του υποδείγματος

²⁴ Στο ίδιο

²⁵ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Δ. ΝΙΑΚΑΣ, *Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, σελ. 52- 53.

αυτού που απαντάται στο ΤΕΒΕ ή στο ΙΚΑ στις ημιαστικές περιοχές, είναι η ύπαρξη μόνο οικογενειακών γιατρών-παθολόγων που έχουν σε πρώτο επίπεδο την αντιμετώπιση της υγειονομικής κατάστασης των εγγραφόμενων στον κατάλογο τους.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι όσες απαραίτητες υπηρεσίες δεν παράγονται, αγοράζονται από τους ασφαλισμένους στην αγορά στις υπάρχουσες τιμές με επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα.

- 2) Το δεύτερο υπόδειγμα αφορά ασφαλιστικά ταμεία που δεν παράγουν καθόλου υπηρεσίες υγείας. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλονται με συμβόλαια ετήσιας διάρκειας με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ,οι οποίοι παράλληλα με την άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής δέχονται ασφαλισμένους των ταμείων.

2.2 Κλασικές Παραδοσιακές Μορφές Χρηματοδότησης.

Ανοιχτή Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη.

Παρακάτω παραθέτουμε τρεις παραδοσιακές μορφές χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης :

Αμοιβή κατά πράξη: Πρόκειται για τον κλασικό και παραδοσιακό τρόπο αμοιβής του γιατρού, που στηρίζεται στην μεμονωμένη παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας .Η ανοιχτή περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς της ελεύθερης εκλογής του χρήστη υπηρεσιών υγείας τόσο με οικονομικά όσο και με ποιοτικά κριτήρια. Ο μηχανισμός αυτός αμοιβής του

γιατρού έχει το ουσιαστικό πλεονέκτημα της ανάπτυξης διαπροσωπικής σχέσης γιατρού και ασθενή.

Ανάλογα με το ασφαλιστικό καθεστώς που υπάγεται ο χρήστης υπηρεσιών υγείας η πληρωμή του γιατρού γίνεται με τους εξής τρόπους:

A) με απευθείας καταβολή της αμοιβής από τον ασφαλισμένο στον γιατρό και με αντίστοιχη εκ των υστέρων απόδοση όλου ή μέρους του ποσού της αμοιβής από τον ασφαλιστικό φορέα.

B) με καταβολή της αμοιβής του γιατρού από τον ασφαλιστικό φορέα, ο οποίος έχει προηγουμένως συμβληθεί με το γιατρό και έχει συμφωνήσει στους ειδικούς όρους της σύμβασης.

Στην πρώτη περίπτωση παρά την προσπάθεια των ασφαλιστικών φορέων να καλύψουν το κόστος, ορίζοντας πάγιο ποσό ή τιμολόγιο για τις ιατρικές πράξεις, είναι δυνατόν να προκύψει σημαντική απόκλιση ανάμεσα στην πραγματική και την αποδιδόμενη από τους φορείς δαπάνη, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μια υψηλή λανθάνουσα συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα ανοιχτής περίθαλψης, φαινόμενο που ενδημεί στη χώρα μας εξαιτίας της διάστασης πραγματικών και ονομαστικών τιμών στις υπηρεσίες υγείας.

Στην δεύτερη περίπτωση πρέπει να επισημανθεί ότι η επιλογή του γιατρού δεν είναι απόλυτα ελεύθερη γιατί ο ασθενής οφείλει να απευθυνθεί σε γιατρό συμβεβλημένο με τον ασφαλιστικό του φορέα, ενώ συχνά παρατηρούνται αντιθέσεις μεταξύ γιατρών και ασφαλιστικών εξαιτίας της μη ορθολογικής κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων ή της μη

αναπροσαρμογής των τιμών, ανάλογα με την εξέλιξη του πληθωρισμού.

Το σύστημα χρηματοδότησης με αμοιβή κατά πράξη έχει δεχθεί δριμεία κριτική και εγκαταλείπεται τα τελευταία χρόνια επειδή δεν διασφαλίζει πραγματική ελεύθερη επιλογή και κυρίως αυξάνει τις πιθανότητες κινδύνου βλάβης της κοινωνικής ασφάλισης.

Το σύστημα αυτό χρηματοδότησης θεωρείται πληθωριστικό γιατί επιτρέπει στο γιατρό να έχει ελευθερία καθορισμού της αμοιβής και αντίστοιχη ελευθερία επιλογής της πελατείας, υιοθετώντας μια συγκεκριμένη προσωπική πολιτική συμπεριφοράς και παροχή φροντίδων ανάλογης με το ύψος της αμοιβής.

Επιπρόσθετα η αυτοπροστασία του γιατρού από τον κίνδυνο μιας λανθασμένης διάγνωσης ή μιας αναποτελεσματικής θεραπείας σε συνδυασμό με το γεγονός ότι υπάρχει καθεστώς ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών γιατρών και η επίγνωση πως τελικά πληρώνει ο ασφαλιστικός φορέας, συμβάλλει στη διόγκωση του αριθμού των ιατρικών πράξεων και στην υπερκατανάλωση φαρμάκων. Ακόμα εφόσον το εισόδημα του γιατρού είναι ανάλογο με τον αριθμό των παρεχόμενων πράξεων και δεν εξαρτάται από την αποτελεσματικότητά τους, ο γιατρός ενδεχόμενα μπορεί να προκαλέσει αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή προκλητή ζήτηση.

Αμοιβή με πάγιο μισθό : Στο σύστημα αυτό ο γιατρός αμείβεται με πάγια αντιμισθία για ιατρικές φροντίδες που παρέχει κυρίως στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών

οργανισμών ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας.

Από πρώτη άποψη το σύστημα αυτό δείχνει απλό στην οργάνωση και εφαρμογή του ενώ φαίνεται να προφυλάσσει την ασφάλιση υγείας από πιθανές καταχρήσεις σχετικά με την παροχή ιατρικών φροντίδων εφόσον κανείς δεν έχει κίνητρο να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης.

Όμως το σύστημα αυτό παρουσιάζει οργανωτικά προβλήματα σε σχέση με την διάρθρωση των υπηρεσιών και την απουσία κινήτρων για την αναζήτηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.²⁶

Η ευθύνη οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών από τον ασφαλιστικό φορέα επιβαρύνει τις υγειονομικές παροχές με ένα λειτουργικό και διοικητικό κόστος, το οποίο συνήθως παραγνωρίζεται, ενώ η πλημμελής διοικητική και τεχνική υποστήριξη των υγειονομικών υπηρεσιών στο σύστημα αυτό έχει δυσμενή αποτελέσματα όπως:

- 1) Η άσκοπη περιπλάνηση των ασθενών από ειδικότητα σε ειδικότητα με αποτέλεσμα να προκαλείται ζημία στον ασφαλιστικό φορέα, ο οποίος αμείβει το υγειονομικό του προσωπικό για ιατρικές πράξεις που δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των ασφαλισμένων με συνέπεια την υπερκατανάλωση.
- 2) Η γραφειοκρατική συμφόρηση ορισμένων υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική ή χαμηλής στάθμης υγειονομική κάλυψη των ασθενών και η υπολειτουργία άλλων με συνέπεια το υψηλό κόστος λειτουργίας τους.

²⁶ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, *Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1992, σελ.58- 60.

- 3) Η ασυνέχεια και η πολυδιάσπαση στην υγειονομική παρακολούθηση των ασφαλισμένων με αποτέλεσμα την αποθάρρυνση της ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα σε γιατρούς και ασθένειες.
- 4) Η υποβάθμιση του επαγγελματικού γοήτρου των γιατρών που εργάζονται στους ασφαλιστικούς φορείς με αποτέλεσμα να μην προσελκύονται οι ικανότεροι από αυτούς στις υπηρεσίες αυτές.
- 5) Η υποβάθμιση όλου του συστήματος και η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι καταφεύγουν έξω από αυτό, για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας, με αποτέλεσμα τη διόγκωση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία και ενδεχόμενα την ανάπτυξη της παραοικονομίας.

Αμοιβή κατά κεφαλή (per capita): Με τη μέθοδο αυτή ο συμβεβλημένος γιατρός – συνήθως οικογενειακός – ενός ασφαλιστικού φορέα, είναι υποχρεωμένος να δέχεται έναν ορισμένο αριθμό ασφαλισμένων. Ο αριθμός εξαρτάται από την ειδικότητα του γιατρού. Ο γιατρός αμείβεται, κατά ασφαλισμένο, ένα ορισμένο ποσό που συμφωνείται εκ των προτέρων με τον ασφαλιστικό οργανισμό και δεν εξαρτάται από τον αριθμό των επισκέψεων του κάθε ασφαλισμένου.

Ο συμβεβλημένος καταναλωτής στην αρχή της χρονιάς επιλέγει τον γιατρό του. Η δυνατότητα επιλογής αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα στο σύστημα αυτό, γιατί σε περίπτωση μη ικανοποίησης του ασφαλισμένου – καταναλωτή από τον συγκεκριμένο γιατρό, του παρέχεται η δυνατότητα αλλαγής του.

Πολλές φορές, η χρηματοδοτική αυτή τεχνική λειτουργεί και με χαμηλή ετήσια συνδρομή του ασφαλισμένου, κάτι που περιορίζει σημαντικά το κόστος των ιατρικών πράξεων.

Με τη μέθοδο αυτή, ο κάθε πολίτης αισθάνεται ότι έχει τον δικό του οικογενειακό γιατρό, για μεγάλο χρονικό διάστημα, μέσω του οποίου εξασφαλίζεται υψηλή συνέχεια στη φροντίδα. Ο γιατρός, από την άλλη πλευρά, έχει επαγγελματική αυτονομία, αφού είναι υπεύθυνος για τη στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία του ιατρείου του. Για τον ασφαλιστικό φορέα το κόστος είναι σε μεγάλο ποσοστό προβλέψιμο, ενώ το σύστημα δεν δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση, αλλά αντίθετα ενθαρρύνει τους γιατρούς να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις.

Η αμοιβή κατά κεφαλή θα μπορούσε να λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό με δύο προϋποθέσεις: πρώτον να μην απορρίπτονται ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλο όγκο υπηρεσιών και να υπάρχουν υψηλότερες αμοιβές για συγκεκριμένες κατηγορίες καταναλωτών και δεύτερον να υπάρχει ανώτατο όριο συμβεβλημένων μελών, ώστε να μην μειώνεται ο χρόνος επικοινωνίας και να μην υπάρχουν καθυστερήσεις.²⁷

Συγκεκριμένα η πρωτοβάθμια φροντίδα ορισμένων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζεται ως εξής :

²⁷ Στο ίδιο, σελ.60-61.

1) Το ΙΚΑ για τον έλεγχο της «προκλητής» ζήτησης και των δαπανών για φυσιοθεραπείες και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους στα συμβεβλημένα ιδιωτικά κέντρα, έχει εφαρμόσει τη μέθοδο του πλαφόν.

Δηλαδή, τα συμβεβλημένα φυσικοθεραπευτήρια και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα δεν μπορούν να ξεπεράσουν ένα συγκεκριμένο αριθμό πράξεων μηνιαίως. Τα μέτρα αυτά είχαν εντυπωσιακά αποτελέσματα στην αρχή της εφαρμογής τους, σταδιακά όμως και λόγω του ελλειπούς έλεγχου, οι προμηθευτές άρχισαν να εφευρίσκουν διάφορους τρόπους για να ξεπεράσουν το συγκεκριμένο εμπόδιο.

Για τα είδη πρόσθετης περίθαλψης, όπως γυαλιά οράσεως, αναπηρικά αμαξάκια, ακουστικά, βαρηκοΐας κλπ., υπάρχουν επίσης συγκεκριμένα μέτρα συμμετοχής στο κόστος που περιορίζουν τη ζήτηση.

Το Ι.Κ.Α. που, ενώ θα μπορούσε να αποτελεί παράδειγμα για τα άλλα ταμεία, η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών-εργαστηριακών υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα χαμηλή, ενώ λόγω μη κάλυψης των προσθετικών οδοντιατρικών πράξεων, οι ασφαλισμένοι καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα με ιδίους πόρους. Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγων, αλλά όχι βέβαια και ο κοινωνικά αποδεκτός, εντοπίζεται στις χαμηλές αμοιβές ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

2) Στο ΤΕΒΕ από τα σημαντικότερα μέτρα ελέγχου του κόστους είναι η συμμετοχή κατά 25% σε όλες τις εκτελούμενες παρακλινικές εξετάσεις που γίνονται εκτός νοσοκομείου καθώς και στα είδη πρόσθετης περίθαλψης, ενώ για τις φυσικοθεραπείες ορίζεται ανώτατος επιτρεπόμενος αριθμός για κάθε πρόβλημα υγείας.

Τέλος, και σε αντίθεση με άλλα ασφαλιστικά ταμεία, ο αριθμός συμβεβλημένων με το ΤΕΒΕ γιατρών και ιδιωτικών κέντρων περιορίζεται στον απολύτως αναγκαίο αριθμό.

3) Στο ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων, κυρίαρχο στοιχείο αποτελούν οι σπατάλες και καταστρατηγήσεις με πρωταγωνιστές τους «παραγωγούς» (γιατρούς, φαρμακοποιούς κτλ.) αλλά πολλές φορές και τους ασθενείς. Τα μέτρα ελέγχου του κόστους είναι περιορισμένα. Ο γιατρός δύναται να συνταγογραφήσει χωρίς ουσιώδη προοπτικό ή απολογιστικό έλεγχο και ο ασθενής για να αποφύγει π.χ. τη συμμετοχή στο κόστος, να συνεννοηθεί με το φαρμακοποιό και να παραλάβει σε αντάλλαγμα μέρος της συνταγογραφούμενης ποσότητας.

Τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα την χαμηλή προσφερόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Ο πρώτος έχει άμεση σχέση με την άρνηση των ιατρών να συμβληθούν με το ταμείο του δημοσίου, λόγω χαμηλών αμοιβών κατά πράξη, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να μην γίνονται δεκτοί από τους γιατρούς και δεύτερον, ότι το χαμηλό τιμολόγιο ανταποκρίνεται στην τιμή που αντιπροσωπεύει το χρόνο αμοιβής για να γραφτεί απλώς μια κλασική συνταγογραφία. Οι συνολικές, βέβαια, δαπάνες για ιατρική περίθαλψη αντιπροσωπεύουν πολύ υψηλότερες τιμές, γιατί ο περιττός αριθμός επισκέψεων από την προκλητή ζήτηση εξισορροπεί τις χαμηλές τιμές της μιας επίσκεψης.²⁸

²⁸ Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, *Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους στον υγειονομικό τομέα*, στο Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ. *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 1997, σελ.267

2.3 Διαπιστώσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Όσο αφορά τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης οι αμοιβές των γιατρών του ΕΣΥ και του ΙΚΑ διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα μιας και καθορίζονται από το κράτος. Αρχικά φαίνεται ότι έτσι συγκρατείται το κόστος. Τεχνικά όμως μεταφέρεται στους πολίτες ή στις επιπλέον επιχορηγήσεις του κράτους που προέρχονται από την υπέρ- συνταγογραφία των γιατρών , την κακή ποιότητα των υπηρεσιών , το χαμένο χρόνο για αναζήτηση υπηρεσιών από τους χρήστες, την παραοικονομία και την προκλητή διόγκωση του ιδιωτικού ασφαλιστικού και υγειονομικού τομέα. Στις περιπτώσεις που οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη (π.χ. ταμείο δημοσίων υπαλλήλων) με τιμολόγιο χαμηλότερο των πραγματικών τιμών της αγοράς(2.200 δρχ.) , οι κατά κεφαλήν επισκέψεις του ασφαλισμένου και οι δαπάνες βαδίζουν ανεξέλεγκτες (από 5,5 δις δρχ. το 1989 σε 21 δις το 1994 στο ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων).²⁹

Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, παρατηρείται εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και των μεγάλων σειρών αναμονής ,οι ασθενείς-πελάτες να ωθούνται, κατά συνέπεια σε μεγάλη ιδιωτική δαπάνη. Έτσι έχουμε υψηλή ζήτηση για

²⁹ Στο ίδιο, σελ.263

νοσηλεία σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, παράκαμψη της επίσημης διαδικασίας πρόσβασης, υψηλή ιδιωτική δαπάνη και παραοικονομία.

Επίσης, παρότι τα κέντρα υγείας των αγροτικών περιοχών βελτίωσαν σημαντικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του αγροτικού πληθυσμού, η αγορά της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και αδυναμίες, ώστε το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδεικνύεται όχι μόνο μη ικανοποιητικό στα μάτια των χρηστών αλλά και μη λειτουργικό στα πλαίσια της αξιολόγησης του.³⁰

Η αγορά της ανοικτής περίθαλψης, όπως παρατηρήσαμε, κυριαρχείται από τα δύο μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ τα οποία καλύπτουν σχεδόν το 75-80 % του συνολικού πληθυσμού, ενώ η προσφορά των υπηρεσιών καθώς και η χρηματοδότηση προέρχεται από έναν φορέα. Στην περίπτωση του ΙΚΑ, ο φορέας είναι το ίδιο το ΙΚΑ, ενώ στην περίπτωση του ΟΓΑ, ο φορέας είναι το κράτος. Παρατηρείται δηλαδή ότι τόσο η ζήτηση όσο και η προσφορά εκπροσωπείται από τον ίδιο οργανισμό και αυτό, τεχνικά τουλάχιστον, εγείρει σημαντικές ενστάσεις από μία μερίδα του επιστημονικού χώρου, υποστηρίζοντας ότι η ταύτιση της ζήτησης με την προσφορά φέρνει σε αδυναμία τους χρήστες των υπηρεσιών, ενώ άλλοι θεωρούν αυτή την ταύτιση ως πλεονέκτημα.³¹

³⁰ Ε. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον ενιαίο φορέα υγείας*, στο Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ. *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 1997, σελ.116

³¹ Στο ίδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

3.1 Η χρηματοδότηση του νοσοκομειακού τομέα

Το σημερινό υπόδειγμα της κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας σε ότι αφορά το νοσοκομειακό τομέα, όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και δεν παράγουν πλέον τα ίδια νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους τους. Αυτό οφείλεται τόσο στο υψηλό νοσοκομειακό κόστος όσο και στη θέσπιση του ΕΣΥ. Μικρή εξαίρεση από τον παραπάνω κανόνα αφορά ένα ασφαλιστικό ταμείο των Υπαλλήλων της Εθνικής Τράπεζας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κλάδοι υγείας αποζημιώνουν κάθε φορά τα νοσοκομεία σύμφωνα με το ημερήσιο νοσήλιο το οποίο είναι το αντίτιμο για κάθε ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο. Το ημερήσιο νοσήλιο περιλαμβάνει τις τιμές όλων των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο, ιατρικών, νοσηλευτικών, φαρμακευτικών, εργαστηριακών, ξενοδοχειακών κ.α.

Ανάλογα με τον τρόπο που διαμορφώνεται το ύψος της τιμής του νοσηλίου το διακρίνουμε στις εξής μορφές:

Κλειστό νοσήλιο: Διαμορφώνεται μετά από συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών φορέων και είναι ένα πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε

ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παραχθούν από την νοσηλευτική μονάδα στον ασθενή μέσα στην ημέρα αυτή.

Ευλύγιστο νοσήλιο: Αποτελεί και αυτό πάγια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας ανά ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παραχθούν στον ασθενή, όμως αυτή η πάγια αμοιβή διαφέρει ανά ειδικότητα και διαγνωστική ομάδα με τη λογική ότι διαφορετική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες.

Ανοιχτό νοσήλιο: Διαμορφώνεται από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας που αφορά όμως μόνο τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχει. Στην πάγια αυτή ημερήσια αμοιβή προστίθεται η αξία οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας που παρέχεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε νοσηλευομένου χωριστά και κοστολογείται ανά πράξη.³²

Στην Ελλάδα η αποζημίωση-χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο και έχει ως βάση το κλειστό νοσήλιο. Συγκεκριμένα το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο για τα δημόσια νοσοκομεία συμπεριλαμβάνει την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών νοσηλευτικών και ιατρικών πράξεων, φαρμάκων και ένα μεγάλο φάσμα εργαστηριακών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Ταυτόχρονα αρκετές χειρουργικές επεμβάσεις μεσαίας και μεγάλης βαρύτητας και επίσης μια σειρά διαγνωστικών-εργαστηριακών εξετάσεων της σύγχρονης

³² Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, *Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ. 61.

βιοϊατρικής τεχνολογίας (υπέρηχοι, αξονική τομογραφία) δεν συμπεριλαμβάνονται στο κλειστό νοσήλιο και τιμολογούνται διαφορετικά και προσθετικά.

Οι τιμές αυτές, με κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά τα γενικά – ειδικά νοσοκομεία και νοσοκομεία Αθηνών και Θεσσαλονίκης – Νομαρχιακά, αναπροσαρμόζονται περιοδικά κατά βούληση της κεντρικής Διοίκησης και ειδικότερα του Υπουργείου Υγείας και καθορίζονται με βάση τα στοιχεία του κόστους του κάθε νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Τιμές των νοσηλίων στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας ανάλογα με την περιοχή, το είδος του νοσοκομείου και το είδος της κλινικής.(1993)

A) Γενικά Νοσοκομεία Αθηνών – Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία : Ηρακλείου, Πατρών και Ιωαννίνων και Πανεπιστημιακές Κλινικές.

<i>ΘΕΣΗ</i>	<i>ΤΙΜΗ</i>
Γ	15.500
BB	18.500
BA	22.000
A	26.500

B) Αντικαρκινικά Νοσοκομεία (Άγιος Σάββας, Μεταξά, Άγιοι Ανάργυροι, Θεαγένειο Θεσσαλονίκης).

<i>ΘΕΣΗ</i>	<i>ΤΙΜΗ</i>
Γ	17.400
BB	20.800
BA	24.800
A	30.000

Γ) Γενικά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία νοσημάτων θώρακος που λειτουργούν σε έδρες

Νομών και σε επαρχιακές πόλεις, νεφρολογικά Νοσοκομεία και Νοσοκομεία αφροδισίων και δερματικών νόσων όλης της χώρας.

<i>ΘΕΣΗ</i>	<i>ΤΙΜΗ</i>
Γ	13.500
BB	16.200
BA	19.300
A	23.200

Δ) Ειδικές μονάδες

<i>ΜΟΝΑΔΕΣ</i>	<i>ΤΙΜΗ</i>
Εντατικής θεραπείας	32.200
Οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας	32.000
Χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας	20.000

Οι ειδικές κλινικές και τα Θεραπευτήρια μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις με το κλειστό νοσήλιο των κρατικών νοσοκομείων.

Προκειμένου για ανασφάλιστους, οικονομικά αδύνατους, καταβάλλεται το 50% του νοσηλίου της Γ' θέσης όλων των παραπάνω κατηγοριών.

Οι ασφαλισμένοι των ταμείων δικαιούνται ανάλογα με τις συνολικές ημέρες εργασίας και την ασφαλιστική κλάση που ανήκουν, δηλαδή ανάλογα με το ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών να νοσηλευτούν στην Α θέση οι 2 ανώτερες, στη Β οι επόμενες 5 και στη Γ οι 9 που ακολουθούν. Το σημαντικό στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι το καταβαλλόμενο ύψος νοσηλίου απέχει πολύ από το πραγματικό κόστος του νοσοκομείου.

Η εξέλιξη του καταβαλλόμενου ημερήσιου νοσηλίου της Γ' θέσης των Γενικών Νοσοκομείων και του πραγματικού κόστους καθώς και η σχέση των δύο την τελευταία εικοσαετία παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

Σχέση ημερησίου νοσηλίου γενικών νοσοκομείων και πραγματικού κόστους ανά ημέρα και ανά ασθενή.

Έτη	Ύψος Ημερησίου Νοσηλίου Γ' θέσης	Πραγματικό κόστος/ ημέρα νοσηλείας	Ποσοστό ημερησίου νοσηλίου ανά Ασθενή %
1971	150	361	41
1974	188	678	27
1975	259	721	35
1976	298	1192	25
1977	358	1360	26
1978	412	1766	23
1979	1430	2485	57
1980	1430	2876	49
1983	1430	7356	19
1985	1430	13945	10
1986	1790	19313	9
1988	1790	23799	7,5
1989	2480	32252	7,7
1990	8000	41621	19,2
1991	8000	51957	15,4
1992	8000	54000	14,8
1993	15500	57000	27

Πηγή: Μ.ΘΕΟΔΩΡΟΥ- Μ. ΣΑΡΡΗΣ- Σ. ΣΟΥΛΗΣ Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα 1996, σελ. 214.

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι η διαφορά των δύο είναι τεράστια, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι τα έσοδα των νοσοκομείων από νοσήλια σταδιακά συρρικνώνονται και οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων συμπληρώνονται από όλο και μεγαλύτερες κρατικές επιχορηγήσεις.

3.2 Ανισότητες στις παροχές από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς

Παρουσιάζουμε την κατάσταση στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων.

Επιχειρείται, λοιπόν, η ανάλυση των παροχών των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, με σκοπό την ανάδειξη συγκλίσεων ή και διαφοροποιήσεων αυτών και γενικότερα των υπάρχουσών ανισοτήτων στις υγειονομικές τους καλύψεις.

Έχει κατά κόρον αναφερθεί αλλά και γραφεί από πολλούς μελετητές ότι το υγειονομικό μας σύστημα υποφέρει, εκτός των άλλων, από μεγάλες ανισότητες στο σκέλος των υγειονομικών παροχών από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

Στηριζόμαστε σε δεδομένα μερικών ασφαλιστικών οργανισμών κατά την περίοδο 1995.

Η καταγραφή και στοιχειοθέτηση των όποιων ανισοτήτων στις παροχές υγείας αυτών των ταμείων, εκφράζει ολόκληρο το υγειονομικό μας σύστημα.

Τα δεδομένα λοιπόν αυτών των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, αφορούν το ύψος και τη σύνθεση των εκροών της ασφάλισης ασθένειας. Συγκεκριμένα, τα δεδομένα που αναφέρονται συγκεντρώθηκαν από τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας 1995).

Το 1995, η μέση συνολική παροχή ασθένειας 23 ταμείων ήταν 71.400 δρχ. ανά δικαιούχο. Τη μικρότερη μέση δαπάνη ασθένειας κατέβαλε το ΤΑΕ (16.250 δρχ) και τη μεγαλύτερη εκείνο του ΗΣΑΠ (256.000). Το ΤΣΑΥ και το ΤΕΒΕ

δαπάνησαν κατά κεφαλήν για υπηρεσίες υγείας και επιδόματα ποσά χαμηλότερα από τη μέση δαπάνη ασθένειας.³³

Ειδικότερα, η μέση συνολική παροχή σε είδος ήταν 59.500 δρχ. Τη μικρότερη μέση δαπάνη της κατηγορίας αυτής κατέβαλε το ΤΑΕ και τη μεγαλύτερη εκείνο του Ευαγγελισμού. Το ΙΚΑ και το ΤΕΒΕ δαπάνησαν για παροχές σε είδος κατά άτομο, ποσά χαμηλότερα της μέσης δαπάνης σε είδος.³⁴

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με τον πίνακα 3 που παραθέτουμε παρακάτω, η μέση εξωνοσοκομειακή δαπάνη ήταν 11.100 δρχ. Τη μεγαλύτερη κατά άτομο εξωνοσοκομειακή δαπάνη κατέβαλε το ταμείο της ΑΤΕ και τη μικρότερη ο ΟΓΑ. Το ΙΚΑ, ο ΗΣΑΠ, το ΤΕΒΕ, το ΤΣΑΥ και το ΤΑΕ, δαπάνησαν κατά κεφαλήν για εξωνοσοκομειακές δαπάνες, ποσό χαμηλότερο της μέσης εξωνοσοκομειακής δαπάνης.

Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη του ΟΓΑ καλύπτεται από τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία το κόστος λειτουργίας των οποίων ανέρχεται το 1995 σε 40 δις περίπου. Ως εκ τούτου, η πραγματική ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ είναι μεγαλύτερη του μέσου όρου, αφού υπερβαίνει τις 15.000 δρχ. Το γεγονός αυτό φανερώνει τη βελτιωμένη θέση που κατέχει ο ΟΓΑ στη

³³ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Γ. ΚΑΡΑΛΗΣ, *Τα οικονομικά της κοινωνικής ασφάλισης στην υγεία*, στο Γ.ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Ανγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 1997, σελ.196

³⁴ Στο ίδιο.

εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από τη λειτουργία των κέντρων υγείας.³⁵

Η μέση νοσοκομειακή δαπάνη ήταν 21.950 δρχ. Τη μεγαλύτερη κατά άτομο δαπάνη για νοσοκομειακές υπηρεσίες κατέβαλε το ταμείο υγείας του Ευαγγελισμού (82.900) και τη μικρότερη εκείνο του ΤΑΕ (9.850). Ο ΟΤΕ, το ΙΚΑ , ο ΟΣΕ , το ΤΑΞΥ και το ΤΕΒΕ δαπάνησαν για νοσοκομειακές υπηρεσίες κατά κεφαλήν ποσό χαμηλότερο της μέσης νοσοκομειακής δαπάνης.

³⁵ Στο ίδιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Μέση δαπάνη παροχών σε είδος έτους 1995

Α/Α ΦΟΡΕΙΣ	ΙΑΤΡΙΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ
ΙΚΑ	10.242	18.344
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	31.451	82.916
ΗΣΑΠ	9.729	27.020
ΕΘΝΙΚΗ	26.309	23.678
ΛΙΜΕΝΕΡΓΑΤΕΣ	12.451	43.478
ΕΤΕ	26.751	31.195
ΑΤΕ	51.815	38.710
ΙΟΝΙΚΗ-ΛΑΪΚΗ	23.460	32.055
ΕΜΠΟΡΙΚΗ	20.890	25.744
ΕΤΒΑ	30.575	27.412
ΠΙΣΤΕΩΣ	33.177	31.238
ΟΤΕ	34.514	20.738
ΟΣΕ	15.920	17.955
ΗΛΙΑΠ	32.562	28.731
ΤΕΒΕ	7.304	10.517
ΕΜΠΟΡΟΙ	1.304	9.835
ΤΑΞΥ	28.320	15.094
ΤΣΛΥ	1.668	30.677
ΤΣΜΕΔΕ	29.981	33.000
ΟΓΑ	834	35.122
ΔΗΜΟΣΙΟ	34.327	25.472
Μέση Παροχή	11.089	21.937

Πηγή: Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Γ. ΚΑΡΑΛΗΣ, *Τα οικονομικά της κοινωνικής ασφάλισης στην υγεία*, στο Γ.ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ. *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυτοπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 1997, σελ.197

Με βάση λοιπόν τα υπάρχοντα στοιχεία:

Οι μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ταμείων δεν εντοπίζονται μόνο στις καλύψεις αλλά και σε θέματα που έχουν σχέση με την ελευθερία επιλογής του ασθενή, την ποιότητα και τη προσπελασιμότητα των υπηρεσιών που τα ταμεία εξασφαλίζουν για τους ασφαλισμένους τους.

Η δυνατότητα προσφυγής των ασθενών σε όλες σχεδόν τις υγειονομικές υποδομές του ιδιωτικού τομέα, που εξασφαλίζει για παράδειγμα το ταμείο του Δημοσίου, διευρύνει σημαντικά το δικαίωμα επιλογής των ασφαλισμένων του και αυξάνει τις περισσότερες φορές, την προσπελασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους ασφαλισμένους των τριών άλλων ταμείων, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να προσφεύγουν σχεδόν αποκλειστικά στις υποδομές του ΕΣΥ και του ΙΚΑ. Αυτή η δυνατότητα προσφυγής μέσω της κοινωνικής ασφάλισης στον ιδιωτικό τομέα, θεωρείται εκ μέρους των ασφαλισμένων πολύ σημαντική. Υπάρχουν λοιπόν μεγάλες διαφορές μεταξύ ΙΚΑ και Δημοσίου σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Μεγάλες επίσης διαφοροποιήσεις στις ασφαλιστικές καλύψεις οδηγούν σε χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια στην κοινωνική, πολιτική αμφισβήτηση των υγειονομικών συστημάτων και στην παραπομπή των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα.

Στο άτυπο σύστημα συνασφάλισης και συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των χρηστών (ιδιωτική δαπάνη), οδήγησε και η αυξημένη ζήτηση σε ορισμένα σημεία του

υγειονομικού συστήματος ενώ δεν υπάρχει αντίστοιχη προσφορά.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 4, η σύνθεση των ιδιωτικών δαπανών υγείας εμφανίζεται αντίστροφη, με προτεραιότητα κατανομής των δαπανών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (68%) και τη νοσοκομειακή (15%) να είναι κοντά περίπου με το ποσοστό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (25%)στις δαπάνες των ασφαλιστικών οργανισμών.

Πίνακας 4

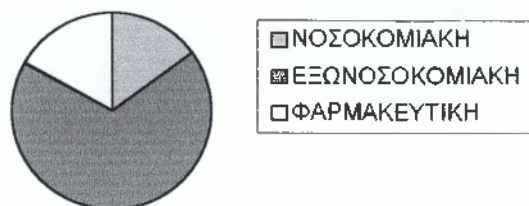
Ποσοστιαία (%) διάθρωση των δαπανών υγείας από τους ιδιώτες και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Είδος δαπανών	Ιδιωτικές Δαπάνες	Ασφαλιστικοί Οργανισμοί
Κατηγορία Περίθαλψης		
Νοσοκομεια- κή	15	29
Εξωνοσοκο- μειακή	68	25
Φαρμακευτι- κή	17	39
ΣΥΝΟΛΟ	100	93 (7%)άλλες δαπάνες

Πηγή: Σ. ΣΟΥΛΗΣ, *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ.168

Διάγραμμα 1

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΙΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΙΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Πηγή: Σ.ΣΟΥΛΗΣ, *Οικονομική της υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 1998 σελ.168

Θεωρείται βέβαιο ότι η υψηλή ιδιωτική δαπάνη στη χώρα σχετίζεται άμεσα με την ανεπάρκεια των ασφαλιστικών οργανισμών να καλύψουν πραγματικές ανάγκες υγείας με επίκεντρο την εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Ως εκ τούτου, η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών διαχρονικά αφορά κατά το μεγαλύτερο μέρος τις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη και όχι τις δαπάνες για φαρμακευτική και νοσοκομειακή.

Η ιδιωτική δαπάνη καλύπτει σε μεγάλο ποσοστό πραγματικές και όχι μόνο πλασματικές ανάγκες υγείας και αφορά κατά το πλείστον δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Η διαφορά μεταξύ της αποδιδόμενης δαπάνης από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και της ζητούμενης δαπάνης από τον προμηθευτή για την προσφορά υπηρεσίας υγείας εμπεριέχεται στην ιδιωτική δαπάνη. Η ύπαρξη δε κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην πρόσβαση των δημόσιων υπηρεσιών εξαναγκάζει στην προσφυγή των ασθενών στον ιδιωτικό τομέα, ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα.³⁶

Η διαπίστωση ότι ο κύριος όγκος των ιδιωτικών δαπανών κατευθύνεται προς την ανοικτή περίθαλψη δεν σημαίνει ότι παραοικονομικές δραστηριότητες δε συναντώνται στην κλειστή περίθαλψη. Η κατάσταση είναι δυσχερέστερη όσον αφορά τους παράγοντες που συνδράμουν στην άτυπη συμμετοχή των νοσηλευόμενων. Δυστυχώς, παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το μέγεθος του εισοδήματος, το επάγγελμα δε συσχετίζονται με την άτυπη

³⁶ Μ. ΓΕΙΤΟΝΑ - Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Γ. ΚΑΡΑΛΗΣ, *Η άτυπη συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας από ίδιες πληρωμές και η παραοικονομική δραστηριότητα*, στο Γ.ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ- Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 1997, σελ.288

συμμετοχή, δηλαδή επιβάλλεται η πρόσθετη πληρωμή ανεξαρτήτως των παραγόντων αυτών. Σε αντίθεση, το φύλο, ο βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης των εξόδων, ο τομέας και η διάρκεια νοσηλείας, το είδος του περιστατικού, ο τρόπος εξασφάλισης της κλίνης και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι παράγοντες που σχετίζονται με το πρόβλημα πληρωμής πρόσθετου ποσού κατά τη νοσηλεία.³⁷

Ο ασφαλιστικός φορέας φαίνεται να διαφοροποιεί τους νοσηλευόμενους ως προς τη πρόσθετη πληρωμή. Για παράδειγμα, την πρώτη θέση από πλευράς συχνότητας πληρωμής κατέχουν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, ενώ την τελευταία οι ασφαλισμένοι του δημοσίου. Γίνεται σαφές ότι αν στην ανοικτή περίθαλψη η παραοικονομική δραστηριότητα επηρεάζεται από το ατομικό εισόδημα, στη νοσοκομειακή, οι ασθενείς υποβάλλονται σε πρόσθετη πληρωμή ανεξαρτήτως εισοδήματος και γενικότερα άλλων κοινωνικών και οικονομικών κριτηρίων. Κατά συνέπεια, οι δυσμενέστερες οικονομικές επιπτώσεις επέρχονται και επιβαρύνουν τα χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα όταν ευρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία τους και έχουν ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη.³⁸

³⁷ Στο ίδιο, σελ.291

³⁸ Στο ίδιο, σελ.291- 292

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες. Συνεπώς η ζήτηση που δεν καλύπτεται από το δημόσιο τομέα και κυρίως από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καλύπτεται όλο και περισσότερο, από τον ιδιωτικό.

Όσο αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ο τρόπος αμοιβής των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα εξαρτάται από το αν οι φορείς αυτοί είναι συμβεβλημένοι ή όχι με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από το αν η ζήτηση των υπηρεσιών γίνεται άμεσα από ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο άτομο.

Η χρηματοδότηση των συμβεβλημένων φορέων γίνεται αυτονόητα από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Οι υπηρεσίες έχουν «κοστολογηθεί» και υπάρχουν συνήθως προκαθορισμένες τιμές. Για τους μη συμβεβλημένους φορείς, ο τρόπος πληρωμής γίνεται με ίδιους πόρους του καταναλωτή-ασθενή ή καλύπτονται εν μέρει από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν δικές τους μονάδες αμείβονται κατά πράξη, ενώ αυτοί που απασχολούνται στα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα, με μισθό και ποσοστά.

Συνήθως, οι αμοιβές, των ιδιωτών γιατρών που είναι συμβεβλημένοι είναι ιδιαίτερα μικρές όπως για παράδειγμα, στην περίπτωση του ταμείου του Δημοσίου όπου γίνεται κακή χρήση των συμβάσεων που πολλαπλασιάζουν τον όγκο των ιατρικών πράξεων, δηλαδή γίνονται φορείς προκλητής ζήτησης.³⁹

Όσο αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, στα ιδιωτικά νοσοκομεία τυπικά εφαρμόζεται το κλειστό νοσήλιο. Πολλές όμως ιδιωτικές κλινικές έχουν υιοθετήσει το ανοικτό νοσήλιο όπου περιλαμβάνονται μόνο οι βασικές ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες στο ύψος του κλειστού νοσηλίου και στη συνέχεια ο ασθενής πληρώνει τις επιπρόσθετες υπηρεσίες όπως ιατρικές πράξεις, φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις, υπηρεσίες αποκατάστασης υγείας (ψυχοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χρησιμοποιούμενα υλικά κ.α).⁴⁰

Παρατηρήσαμε λοιπόν, ότι τα συμβεβλημένα νοσοκομεία και κλινικές αμείβονται από τα ασφαλιστικά ταμεία με ένα πολύ χαμηλό ποσό ανά ημέρα νοσηλείας, σε σχέση με το πραγματικό νοσήλιο των νοσοκομείων (η Γ θέση 15.500 δρχ. για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και 8.000 δρχ για τα ιδιωτικά), με προφανή σκοπό να περιοριστούν οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων και να μην έχει κίνητρα επέκτασης ο ιδιωτικός τομέας.⁴¹

³⁹ Σ. ΣΟΥΛΗΣ, *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ.301

⁴⁰ Στο ίδιο, σελ.303

⁴¹ Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, *Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους στον υγειονομικό τομέα*, στο Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ επιμ. *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αιταπάτη*, Θεμέλιος Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 1997, σελ.265

Ο ελλιπής όμως έλεγχος επιτρέπει στα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα να χρησιμοποιούν διάφορα τεχνάσματα για να καλύψουν τη διαφορά, είτε επιμηκύνοντας την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο είτε δηλώνοντας ότι ο ασθενής νοσηλεύτηκε σε βελτιωμένη θέση, για την οποία το νοσήλιο είναι μεγαλύτερο, είτε επιδιώκοντας από τον ασθενή απ' ευθείας ή μέσω της ιδιωτικής του ασφάλισης (αν έχει) επιπλέον αμοιβές είτε τέλος, υποβαθμίζοντας πλήρως την ποιότητα των παρεχόμενων σε ορισμένες μικρές μονάδες.

Οι κατά πράξη αμοιβές στις εξετάσεις των διαγνωστικών κέντρων (40 δις δρχ. το 1995) και των ιδιωτών γιατρών (150 δις δρχ. το 1995), χωρίς πλαφόν, συμβάσεις και οροθετημένο τιμολόγιο, διόγκωσαν τις δαπάνες της ιδιωτικής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε μεγάλο βαθμό. Τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης δαπάνησαν περίπου 100 δις δρχ. το 1995 για υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στον ιδιωτικό τομέα.⁴²

Ειδικότερα η σημερινή κατάσταση διαμορφώνεται ως εξής:

- Ένας αριθμός μικρών ιδιωτικών κλινικών κατέληξε σε χρεοκοπία και βγήκε έξω από την αγορά, με αποτέλεσμα τη σημαντική συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα.

Ένας σχετικά μεγάλος αριθμός ιδιωτικών νοσηλευτηρίων παρέμεινε σε λειτουργία και χρησιμοποιείται για μακρά νοσηλεία προσφέροντας χαμηλή ποιότητα περίθαλψης.

Ένας μικρότερος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων με πολυτελείς ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες στη περιοχή των Αθηνών και Θεσσαλονίκης έχουν αλματώδη ανάπτυξη.

⁴² Στο ίδιο.

Στα νοσοκομεία αυτά νοσηλεύονται ασθενείς που έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν και να αποφύγουν καθυστερήσεις εισαγωγής ή ζητούν καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Εξέχουσα θέση στη κατηγορία αυτή, κατέχουν τα ιδιωτικά μαιευτήρια, επειδή η πλειοψηφία των γυναικών που περιμένει να γεννήσει προσφεύγει για μια σειρά λόγων σε γιατρούς που ασκούν την ιδιωτική ιατρική.⁴³

Για την τελευταία κατηγορία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων πρέπει να τονισθεί, ότι οι ασφαλισμένοι πληρώνουν σημαντικά ποσά για το κόστος της θεραπείας τους. Οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν μόνο το ξενοδοχειακό κόστος, ένα μεγάλο τμήμα των φαρμάκων και ένα ελάχιστο τμήμα του ιατρικού κόστους. Το υπόλοιπο ποσό, που προσδιορίζεται από τη διοίκηση του κάθε ιδιωτικού νοσηλευτηρίου επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή.⁴⁴

⁴³ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – Δ.ΝΙΑΚΑΣ, *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, σελ. 55

⁴⁴ Στο ίδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Με το πέρας της δεκαετίας του '90, μια προσεκτική κριτική προσέγγιση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στις χώρες του ΟΟΣΑ εμφανίζει ως «κοινό τόπο» μεταξύ των επιτυχέστερων αλλαγών την προοπτική χρηματοδότηση στην ανοικτή και κλειστή περίθαλψη. Η παραδοσιακή αναδρομική μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών ενοχοποιείται για την ένταση πληθωριστικών πιέσεων και την άνοδο του κόστους εξαιτίας της επικυριαρχίας των προμηθευτών στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης βασίζονται στο παραγόμενο έργο και την ποιότητα της φροντίδας, σε κάθε επίπεδο περίθαλψης, και έχουν εισάγει σημαντικές αλλαγές στους παραδοσιακούς τρόπους αμοιβής και αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας και των ιδρυμάτων παροχής ιατρικής περίθαλψης. Τα συστήματα αυτά έχουν εισάγει επίσης την εκ των προτέρων κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή ανάλογων οργανωτικών παρεμβάσεων συνέδραμε σε κάποιο βαθμό στη δημιουργία εσωτερικών αγορών στα συστήματα υγείας. Μ' αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα σε όλους τους προμηθευτές των υπηρεσιών

υγείας (δημόσιους και ιδιωτικούς) να προβαίνουν σε διαπραγματεύσεις, προγραμματικές συμβάσεις και συνάψεις συμβολαίων με την πλευρά της ασφάλισης – χρηματοδότησης σε συνδυασμό με την παροχή κινήτρων και αντικινήτρων για αποδοτική χρήση των πόρων. Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα, από τη διεθνή εμπειρία, στην ανοικτή περίθαλψη σχετικά με τη δημιουργία σχημάτων ασφάλισης – χρηματοδότησης και δικτύων παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας αποτελούν οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας καθώς επίσης και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες και τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων στη Γαλλία. Αξίζει ακόμα να αναφερθούν το βρετανικό πρότυπο, με τη δημιουργία εσωτερικής αγοράς μεταξύ των προμηθευτών τοπικών υγειονομικών αρχών, καθώς και η διαχείριση των προϋπολογισμών από ομάδες γενικών γιατρών και των νοσηλευτικών μονάδων σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Ένα πρόσθετο παράδειγμα αποτελεί επίσης η εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών στην πρωτοβάθμια και τη φαρμακευτική περίθαλψη στη Γερμανία, με διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και τα αντιπροσωπευτικά όργανα γιατρών⁴⁵.

Στα πλαίσια αυτά έχουν αναπτυχθεί μια σειρά μηχανισμών χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι εμφανίζουν ορισμένα πλεονεκτήματα και

⁴⁵ Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης / διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000 σελ.216.....

μειονεκτήματα. Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση ενισχύει το δικαίωμα της επιλογής του χρήστη, ικανοποιεί τις επαγγελματικές επιδιώξεις του ιατρικού σώματος, αλλά οδηγεί σε προκλητή υπερβάλλουσα ζήτηση και πληθωρισμό κόστους. Η αμοιβή με πάγιο μισθό περιορίζει τις αρνητικές συνέπειες της προκλητής ζήτησης και του πληθωρισμού κόστους και διευκολύνει την εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού, αλλά περιορίζει το δικαίωμα επιλογής του χρήστη και οδηγεί στην υπαλληλοποίηση των γιατρών και στην αγνόηση των οικονομικών κινήτρων τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Η κατά κεφαλή αμοιβή δίδει το δικαίωμα επιλογής στο χρήστη, παρέχει οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για αύξηση εισοδήματος χωρίς την εμφάνιση προκλητής ζήτησης, χαρακτηρίζεται από διοικητική απλότητα και ευνοεί την εισαγωγή προοπτικού προϋπολογισμού.

Όμως ο μεγάλος αριθμός του καταλόγου των εγγραφόμενων δημιουργεί καθυστερήσεις, μειώνει το διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας, ενώ είναι δυνατό να οδηγήσει στην επιλογή ασθενών με κριτήριο τη βαρύτητα της νόσου (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα
Εναλλακτικών μεθόδων πληρωμής των προμηθευτών υγείας

<i>Μέθοδος πληρωμής</i>	<i>Πλεονεκτήματα</i>	<i>Μειονεκτήματα</i>
Αμοιβή κατά πράξη	-Συνδέει το επίπεδο της προσπάθειας του προμηθευτή με τα αποτελέσματα -Συμβάλλει στην ευχερή ανάλυση της πρακτικής του προμηθευτή	-Συμβάλλει στον πληθωρισμό κόστους -Δημιουργεί κίνητρα για πλασματική και μη αναγκαία ζήτηση υπηρεσιών
Αμοιβή κατά περίπτωση	-Δίκαιη ανταμοιβή του προμηθευτή συνδεδεμένη με το αποτέλεσμα -Παρέχει κίνητρα στον προμηθευτή για ελαχιστοποίηση της χρήσης των πόρων	-Τεχνικές δυσχέρειες ακριβή ταξινόμηση όλων των περιπτώσεων με κίνδυνο την εμφάνιση ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και αμοιβής -Κίνδυνος πλασματικών διαγνώσεων με στόχο υψηλότερες αμοιβές
Αμοιβή κατά κεφαλήν	-Διοικητική απλότητα -Διευκόλυνση εφαρμογής προοπτικού προϋπολογισμού -Ενίσχυση του χρήστη στην επιλογή προμηθευτή	-Δίνει κίνητρα στον προμηθευτή να επιλέγει ασθενείς με κριτήριο τη βαρύτητα της νόσου - Δίνει κίνητρα στον προμηθευτή για παροχή ανεπαρκών υπηρεσιών -Δυσχέρεια στην ανάλυση της πρακτικής του προμηθευτή

Αμοιβή με πάγιο μισθό	-Διοικητική απλότητα -Διευκόλυνση εφαρμογής προοπτικού προϋπολογισμού	Αποθάρρυνση ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων ιατρών-ασθενών -Απουσία σύνδεσης αμοιβής του γιατρού και ικανοποίησης του ασθενή -Πιθανή μείωση της παραγωγικότητας του γιατρού
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Πηγή: Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης / διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000 σελ 217.

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η προοπτική χρηματοδότηση εμφανίστηκε με την υιοθέτηση των σφαιρικών / κλειστών προϋπολογισμών. Το σύστημα του σφαιρικού / κλειστού προϋπολογισμού χρησιμοποιείται είτε ως μηχανισμός κατανομής των υγειονομικών πόρων σε περιφερειακό επίπεδο είτε ως μηχανισμός κατανομής των πόρων στα νοσοκομεία και τους εσωτερικούς τμηματικούς και κλινικούς προϋπολογισμούς. Σχεδόν ταυτόχρονα, σε χώρες με συστήματα υγείας χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, όπως για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες, έκαναν την εμφάνισή τους τα συστήματα ταξινόμησης μεικτών περιπτώσεων, στα οποία εντάσσονται οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, άλλοι παρεμφερείς μηχανισμοί προκοστολόγησης των νοσοκομειακών φροντίδων ή ακόμα οι κατηγορίες επισκέψεων ανοικτής περίθαλψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τεχνικές οι οποίες

βασίζονται στην εκ των προτέρων εκτίμηση και διαπραγμάτευση για τις τιμές των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης.

5.2 Συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Όπως είναι γνωστό, τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης τα οποία βασίζονται στην ταξινόμηση των ασθενών με κριτήρια την ομοιογένεια ως προς τις κλινικές και οικονομικές παραμέτρους, συμβάλλουν στον έλεγχο των προϋπολογισμών υγείας και ως εκ τούτου θεωρούνται η βάση των τμηματικών και κλινικών προϋπολογισμών και των σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των πόρων. Κατά συνέπεια, συντείνουν στον εσωτερικό προγραμματισμό των τμημάτων και μονάδων υγείας, καθώς επίσης και στην τεκμηρίωση για την επέκταση, τη συρρίκνωση ή το σχεδιασμό νέων νοσηλευτικών τμημάτων. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στις επικρατούσες μεθόδους της κλινικής πρακτικής με κριτήρια την αναβάθμιση της ποιότητας και την ελαχιστοποίηση του κόστους. Επιπροσθέτως, με την εισαγωγή αυτών των τεχνικών, οι διαχειριστές των μονάδων υγείας και οι υπεύθυνοι των ιατρικών τμημάτων έχουν την ευχέρεια να συγκρίνουν το κόστος κάθε διαγνωστικής κατηγορίας και με άλλα νοσοκομεία και ακόμα να εκτιμούν την επίδραση την οποία πιθανώς έχει η μεταβολή του κόστους στην ποιότητα της φροντίδας.

Πολλοί θεωρούν ότι θα είχε αμφισβητηθεί η αποτελεσματικότητα των μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης στις ανταγωνιστικές υγειονομικές αγορές

εάν δεν είχε συνδυαστεί η εφαρμογή τους με τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες ή άλλα συστήματα ταξινόμησης των ασθενών. Η θέση αυτή στηρίζεται στην αποδοχή των διαγνωστικών κατηγοριών ως εργαλείου διαχείρισης, το οποίο εκτός της ικανότητας μέτρησης της σύνθεσης των περιπτώσεων του νοσοκομείου, επηρεάζει επίσης τη διαπραγμάτευση με την πλευρά της ασφάλισης και την ορθολογική διαχείριση των πόρων και έμμεσα την κατανομή τους σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα.⁴⁶

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχει επικρατήσει η προοπτική χρηματοδότηση με συνηθέστερη τη μορφή των ετήσιων σφαιρικών / κλειστών προϋπολογισμών, χωρίς όμως να υποεκτιμάτε η χρησιμοποίηση των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών. Αντιθέτως, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζεται μεγάλο ενδιαφέρον για την υιοθέτηση των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών, δεδομένου ότι αποτελούν ένα εύχρηστο και σχετικώς αντικειμενικό δείκτη αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος. Ειδικότερα, με την εφαρμογή των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών αναμένεται ότι θα προκύψει θετική εξέλιξη για τη δημιουργία ενιαίας κωδικοποίησης των πηγών πληροφόρησης και συλλογής των νοσηλευτικών δεδομένων, προτυποποίηση των ιατρικών αρχείων, εναρμόνιση της ιατρικής ορολογίας με κοινές ταξινομήσεις και ονοματολογίες, και γενικότερα η χρησιμοποίηση κοινών νοσοκομειακών δεικτών ώστε να

⁴⁶ Στο ίδιο, σελ. 219.

υπάρξει βελτίωση της συγκρισιμότητας και της αξιοπιστίας τους.

Είναι σαφές, ότι τα συστήματα προοπτικής χρηματοδότησης θέτουν όρια στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, των μονάδων ή των κέντρων υγείας και επιβάλλουν την εκ των προτέρων κοστολόγηση και προκαθορισμένη αποζημίωση των ιατρικών πράξεων και γενικότερα των προμηθευτών. Είναι γνωστό, ότι τα συστήματα αυτά συνδυάζουν την προέλευση των πόρων με οργανωτικές, διοικητικές και διαχειριστικές τεχνικές, με συνέπεια να επιτυγχάνουν διαχειριστική αυτοτέλεια στους προϋπολογισμούς των μονάδων υγείας σε περιφερειακό, τοπικό επίπεδο αλλά και στο εσωτερικό πεδίο με τη χρησιμοποίηση των κλινικών προϋπολογισμών. Με την αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων και τη διασπορά της υπευθυνότητας επιτυγχάνεται η οικονομική αυτοτέλεια των νοσηλευτικών μονάδων, αξιοποιούνται οι δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού και ενισχύεται η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο και στην κλινική αξιολόγηση ορισμένων ιατρικών πρακτικών. Ως εκ τούτου, με την επικράτηση της προοπτικής χρηματοδότησης παρέχονται κίνητρα στους προμηθευτές με τη συμμετοχή τους στα οφέλη / πλεονάσματα, ενθαρρύνεται η ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των πόρων, προωθείται η υπευθυνότητα, και επιτυγχάνεται ο έλεγχος του κόστους και η συγκράτηση των δαπανών.

5.3 Η πιθανή υιοθέτηση σφαιρικών / κλειστών προϋπολογισμών στην Ελλάδα και η περιφερειακή κατανομή πόρων.

Ο σφαιρικός/κλειστός προϋπολογισμός αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε μακροεπίπεδο, το οποίο χρησιμοποιεί ως κριτήρια κατανομής των πόρων τους δείκτες υγείας, τις πραγματικές ανάγκες υγείας και άλλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους μιας περιφέρειας. Επίσης, χρησιμοποιείται για την εσωτερική κατανομή των πόρων μιας μονάδας, κέντρου υγείας ή νοσοκομείου με σημείο αναφοράς το παραγόμενο έργο και την ποιότητά του. Ειδικότερα, με την ετήσια συνολική χρηματοδότηση επιτυγχάνεται ο έλεγχος δαπανών, συγκρατείται η αυξητική τους πορεία, βελτιώνεται η παραγωγικότητα και ενθαρρύνεται η αποδοτική χρήση των πόρων των μονάδων υγείας ή των νοσοκομείων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

Υπό το πρίσμα της εισαγωγής τεχνικών και μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με τη μορφή των σφαιρικών / κλειστών προϋπολογισμών και με βάση την εμπειρία κυρίως σε ευρωπαϊκό επίπεδο, διαφαίνεται ότι αυτός ο τρόπος κατανομής πόρων – σε μακροοικονομικό και μικροοικονομικό επίπεδο – αποτελεί το πλέον κατάλληλο σχήμα χρηματοδότησης, το οποίο άμεσα μπορεί να ενσωματωθεί στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας.

Για παράδειγμα, η χρηματοδότηση, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, των νοσοκομειακών ιδρυμάτων κατά 92% από τον κρατικό προϋπολογισμό εξαιτίας της

υποτίμησης του ημερήσιου «ασφαλιστικού» νοσηλίου, επέτρεψε τη δημιουργία οιονεί σφαιρικού/κλειστού νοσοκομειακού προϋπολογισμού με θετικά αποτελέσματα στην οικονομική διαχείριση ως προς την ισορροπία εσόδων και δαπανών των προϋπολογισμών τους. Αντιθέτως, η αύξηση, στη δεκαετία του '90, της τιμής του ημερήσιου «ασφαλιστικού» νοσηλίου και η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών κατά 50% από το κράτος επέδρασε ουσιαστικά στη δημιουργία ανοικτών προϋπολογισμών με συνέπεια την κατάρρευση των μηχανισμών ελέγχου του κόστους, της ισοσκέλισης των προϋπολογισμών και τη δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων, τα οποία το 1997 προσέγγισαν τα 190 δισεκατομμύρια δραχμές και το 1999, παρά τη σχετική ρύθμιση, προσεγγίζουν τα 100 δισεκατομμύρια δραχμές.

Είναι προφανές, ότι η επισήμανση αυτή δεν αναφέρεται στις τιμές των ημερήσιων ασφαλιστικών νοσηλίων, αλλά στη μεταβολή του τρόπου αποζημίωσης σε εκ των υστέρων και κατά περίπτωση, με την οποία επήλθαν, χωρίς τις αναγκαίες σύνοδες διοικητικές και διαχειριστικές αλλαγές, δυσμενείς παρενέργειες.

Προς αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων επιχειρήθηκε με το νόμο 2195/97 η σύγκλιση των οικονομικών πόρων που προέρχονται από διάφορες πηγές, με στόχο τη συγκρότηση ενός εθνικού σφαιρικού/κλειστού προϋπολογισμού, και επιπροσθέτως, η εισαγωγή κλειστών συνολικών διαφοροποιημένων νοσηλίων με βάση τη διάγνωση και τη βαρύτητα της νόσου.

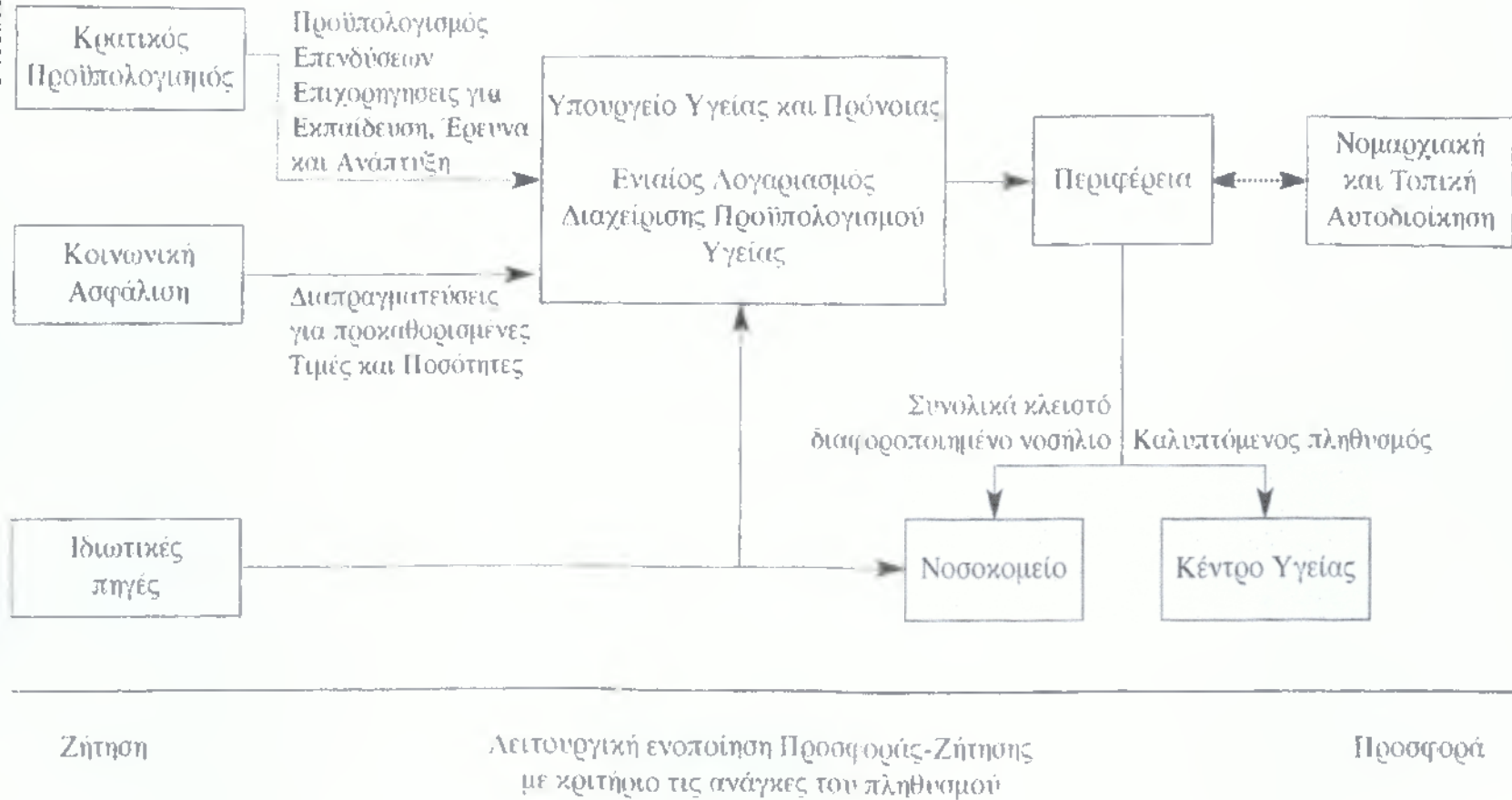
Το εγχείρημα αυτό παραμένει σε εκκρεμότητα, παρά το γεγονός ότι συνιστά μια σύγχρονη και τεκμηριωμένη αναδιάρθρωση της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα με την εισαγωγή προοπτικών συστημάτων και με σημαντικές προσαρμογές στις ιδιαιτερότητες των υγειονομικών υπηρεσιών στη χώρα μας. Η βασική ιδέα αναφέρεται στη συνολική διαπραγμάτευση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για τον προκαθορισμό τιμών και ποσοτήτων, έτσι ώστε η συνολική καταβολή αποζημίωσης να αποτελέσει από κοινού με την κρατική επιχορήγηση έναν ενιαίο εθνικό προϋπολογισμό υγείας. Η κατανομή του στα υγειονομικά ιδρύματα υλοποιείται με κριτήριο τα συνολικά κλειστά διαφοροποιημένα νοσήλια κατά κατηγορία και βαρύτητα νόσου.

Πιο συγκεκριμένα, σε μακροοικονομικό επίπεδο, με την εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών/κλειστών προϋπολογισμών, οι οποίοι προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση, οι πόροι κατανέμονται στις περιφέρειες και στη συνέχεια στις νομαρχίες, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τις άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Διάγραμμα 2).

Με αυτόν τον τρόπο, η περιφέρεια σε συνεργασία με τις αρχές της αυτοδιοίκησης διαχειρίζεται τους πόρους, ελέγχει τις επενδύσεις και το σημαντικότερο κατανέμει τους πόρους με τη συνεκτίμηση των αναγκών και των δεικτών υγείας του πληθυσμού. Ήδη στη χώρα μας καταβάλλεται προσπάθεια ενθάρρυνσης της διοικητικής αποκέντρωσης με την αναβάθμιση του ρόλου της αυτοδιοίκησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

Διαδικασία κατανομής των πόρων και λειτουργική ενοποίηση του υγειονομικού τομέα



Πηγή: Ι. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Προτεινόμενες για την αναμόρφωση της διοίκησης / διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000 σελ. 217.

Ως εκ τούτου, η περιφέρεια κατανέμει τους πόρους στα νοσοκομεία και στις άλλες μονάδες υγείας με κριτήρια τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, ενώ θέτει περιορισμούς και όρια στην κατανομή των πόρων χωρίς να βασίζεται στην υπάρχουσα ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, συμμετέχει στη διαμόρφωση του υγειονομικού χάρτη, στην κατανομή των πόρων, στην ανάπτυξη υποδομών. Παράλληλα ελέγχει τον αριθμό των γιατρών και το μέγεθος των υπηρεσιών, παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία υπερβάλλουσας ζήτησης φροντίδων υγείας. Με αυτόν τον τρόπο ελέγχεται η γεωγραφική κατανομή των μονάδων υγείας και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, με συνέπεια να επιτυγχάνεται η ορθολογική κατανομή των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων στην περιφέρεια. Για τον έλεγχο των επενδύσεων επιβάλλεται η διαπραγμάτευση και η καθιέρωση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και συμβολαίων με την περιφέρεια.⁴⁷

Η διοικητική και διαχειριστική αποκέντρωση με την εφαρμογή των σφαιρικών / κλειστών προϋπολογισμών μπορεί να συμβάλλει βαθμιαία και στη διοικητική ανεξάρτηση της περιφέρειας, με την προϋπόθεση ότι αυτό είναι επιθυμητό από την κεντρική διοίκηση. Στην περίπτωση ενός τέτοιου διοικητικού πλαισίου, η στελέχωση των υγειονομικών μονάδων στην περιφέρεια μπορεί να επιτευχθεί με βάση τον υγειονομικό χάρτη κατανομής των πόρων και την παροχή επιστημονικών και

⁴⁷ ΓΕΙΤΟΝΑ Μ., *Σφαιρικός Προϋπολογισμός : Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1992.

οικονομικών κινήτρων. Το συγκριτικό πλεονέκτημα που διαθέτει η περιφέρεια, είναι ότι γνωρίζει πληρέστερα τα υγειονομικά, κοινωνικά, οικονομικά, χωροταξικά χαρακτηριστικά και προβλήματα, και ως εκ τούτου με τα κριτήρια της εντοπιότητας, της αναγκαιότητας και της καταλληλότητας μπορεί να προβαίνει σε αντίστοιχες πολιτικές ανθρωπίνων πόρων. Για την αποφυγή φαινομένων ανάπτυξης «πελατειακών σχέσεων» στην περιφέρεια, οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα προσλαμβάνονται από την περιφέρεια, πρέπει να πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις και κριτήρια εθνικής εμβέλειας. Η διακριτική ευχέρεια της περιφέρειας έγκειται στη λογική της εντοπιότητας, με συνέπεια να επιτυγχάνεται η ικανοποίηση κατά προτεραιότητα επαγγελματιών, οι οποίοι γνωρίζουν την περιοχή και επιθυμούν να συμβάλλουν στην αναβάθμισή της σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Με την υιοθέτηση των παραπάνω τριών κριτηρίων καθίσταται εφικτή η αναβάθμιση της προσφερόμενης φροντίδας υγείας και επιτυγχάνεται η σωστή διακίνηση των ασθενών στην περιφέρεια με πυρήνα την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τον οικογενειακό – γενικό γιατρό. Ακόμα είναι δυνατή η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων πόρων εντός της περιφέρειας. Κατά συνέπεια, η υιοθέτηση, στη χώρα μας, της προοπτικής χρηματοδότησης με σφαιρικούς/κλειστούς προϋπολογισμούς μπορεί να

αποτελέσει μια επιτυχή πολιτική ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των νοσοκομειακών δαπανών.⁴⁸

5.4 Διαμόρφωση και κατάρτιση τμηματικών και κλινικών προϋπολογισμών

Είναι γεγονός, ότι η προοπτική χρηματοδότηση με σφαιρικούς/κλειστούς προϋπολογισμούς εισάγει στις υπηρεσίες υγείας νέα πρότυπα διοίκησης – διαχείρισης. Με τις σχετικές διαδικασίες επιχειρείται ο ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής δραστηριότητας και επιδιώκεται η μεγαλύτερη αποδοτικότητα με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και των μέσων. Η μεταρρύθμιση αυτή περιλαμβάνει δύο σκέλη :

- α) τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση, και
- β) τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση.

Το πρώτο σκέλος αφορά κυρίως την εφαρμογή της εκ των προτέρων συνολικής χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει την κατάτμηση των προϋπολογισμών αντίστοιχα με την οργανωτική δομή των υπηρεσιών και την ουσιαστική συμμετοχή των στελεχών στην κατάρτισή τους. Ως εκ τούτου, οι υπηρεσίες υγείας με ίδια πρωτοβουλία προβαίνουν στην εσωτερική οργανωτική κατάτμηση με τη δημιουργία των επιμέρους τμημάτων. Σε κάθε τμήμα απομονώνονται οι ομοιογενείς δραστηριότητες, όπως οι νοσηλευτικές, ιατρικές, εργαστηριακές, ερευνητικές και άλλες. Τα τμήματα αυτά λειτουργούν αυτόνομα και έχουν

⁴⁸ ΓΕΠΟΝΑ, Μ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., *Η Διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, 1992-1992, Ιατρική, τ.χ 67, σελ.133-141.

καθορισμένους στόχους στα πλαίσια των γενικότερων στόχων του νοσοκομείου ή της μονάδας υγείας, μοιράζονται τις εγκεκριμένες δαπάνες και ανάλογα συντάσσουν τον τμηματικό προϋπολογισμό.

Οι πολιτικές συγκράτησης και ελέγχου των δαπανών υγείας δεν μπορεί να είναι επιτυχείς εάν δεν ληφθούν ανάλογα μέτρα στον ιδιωτικό τομέα και ιδιαίτερα στην ανοικτή περίθαλψη. Ως βασική προϋπόθεση πολιτικής ελέγχου των δαπανών υγείας αποτελεί η θεσμική οριοθέτηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα υγείας, με επικέντρωση στο συμπληρωματικό του χαρακτήρα. Η διαπίστωση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθόσον στη χώρα μας, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι υψηλές και υπερβαίνουν το 3% του ΑΕΠ ή το 40% των συνολικών δαπανών υγείας.⁴⁹

Με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών υγείας, έχει διαπιστωθεί ότι η εφαρμογή συστημάτων σφαιρικής χρηματοδότησης αποτελεί την επιτυχέστερη πολιτική ελέγχου του κόστους. Η προοπτική χρηματοδότηση με τη μορφή των σφαιρικών/κλειστών προϋπολογισμών μπορεί να γίνεται από τις περιφέρειες και τις νομαρχίες σε κάθε νοσοκομείο, μονάδα ή κέντρο υγείας. Ο ρόλος της περιφέρειας στην ανοικτή ή κλειστή περίθαλψη επεκτείνεται στον έλεγχο των νοσοκομειακών δεικτών, όπως για παράδειγμα η μέση διάρκεια νοσηλείας, η πληρότητα, η δυναμικότητα με σκοπό την παρέμβαση για τη δημιουργία μονάδων ανοικτής περίθαλψης και

⁴⁹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, ο.π σελ 224.

εναλλακτικών προτύπων φροντίδας υγείας (νοσηλεία στο σπίτι, νοσηλεία ημέρας, κ.ά.), τη μετατροπή μη χρησιμοποιούμενων κλινών σε αντίστοιχες άλλων ειδικοτήτων, κ.ά.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της περιφέρειας στο συντονισμό και στην ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας προς όλους τους ασφαλιστικούς φορείς (χρηματοδότες) και προμηθευτές (επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας). Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση όλων των μονάδων υγείας με το σύστημα του σφαιρικού προϋπολογισμού επιβάλλει την ανεξάρτηση των κέντρων υγείας από τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας αποκτούν διοικητική και διαχειριστική αυτονομία μέσω σφαιρικών/κλειστών προϋπολογισμών προερχόμενων από την περιφέρεια, με κριτήριο το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού.

Η υιοθέτηση του σφαιρικού/κλειστού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία ή σε άλλες μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας προαπαιτεί την εισαγωγή σύγχρονων διαχείρισης με την παροχή κινήτρων και αντικινήτρων παραγωγικότητας και αποδοτικότητας, τα οποία συνδέονται και με νέες μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών.

Είναι βέβαιο ότι πρέπει να προηγηθούν νέες οργανωτικές και διαχειριστικές τεχνικές, οι οποίες θέτουν στέρεες και ενιαίες βάσεις εκσυγχρονισμού στους θεσμούς και στη δομή των δημόσιων νοσοκομείων στη χώρα μας. Η υιοθέτηση σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης-διοίκησης συντείνει αναμφίβολα στην επιτυχία της χρηματοδοτικής

μεταρρύθμισης, καθόσον αυτή εξαρτάται άμεσα από τους φορείς προέλευσης των πόρων, τον τύπο, τη μορφή των νοσοκομείων και των άλλων υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και το εργαστηριακό πεδίο των εμπλεκομένων επαγγελματιών υγείας.

Κατά συνέπεια, για την εφαρμογή σφαιρικών/κλειστών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία επιβάλλεται η νέα οργανωτική κατάτμηση του νοσοκομείου σε τμήματα, τα οποία έχουν τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης. Τα θέματα αυτονομίας και αυτοδιαχείρισης των υπηρεσιών υγείας συνάπτονται με την ύπαρξη πληροφοριακών συστημάτων διαχείρισης μεταξύ των τμημάτων και της διεύθυνσης και ασφαλώς με την εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, το οποίο απεικονίζει τις πραγματικές εισροές και εκροές πόρων.

Κοινοτυπία πλέον αποτελεί το αρνητικό παράδειγμα σχετικά με την αξιοποίηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία. Η αποδοτική λειτουργία των διαγνωστικών και εργαστηριακών τμημάτων, πλην της αύξησης των εσόδων των νοσοκομείων, επιταχύνει την απόσβεση των τεχνολογικών επενδύσεων, με αποτέλεσμα τα δημόσια νοσοκομεία να καταστούν ανταγωνιστικά σε έναν τομέα στον οποίο εμφανίζουν μεγάλες εξαρτήσεις. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα για ταχύτερη ανανέωση του εξοπλισμού και της βιοϊατρικής τεχνολογίας και καθιέρωσης πρόσθετων αμοιβών στους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας με νόμιμες συναλλαγές παρά με παραπληρωμές και εξαρτήσεις από τον ιδιωτικό τομέα. Το σημαντικότερο όφελος όμως αφορά την

ανάκτηση της εμπιστοσύνης των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία από την αναβάθμιση της φροντίδας υγείας.⁵⁰

5.5 Πηγές χρηματοδότησης δημόσιων νοσοκομείων και των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται η παρουσίαση ενός συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης, όπως αναφέρεται στον πρόσφατο νόμο 2519/1997 για την υγειονομική φροντίδα.

Είναι κατανοητό, ότι η κατανομή των πόρων από την περιφέρεια στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να βασίζεται στις αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Κριτήρια για την ισότητα αποτελούν η ομοιογένεια στη δέσμη παροχών, η οποία επιτυγχάνεται με την καθιέρωση κοινών διαδικασιών στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας και στην έκταση και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να συμπράττουν μεταξύ τους και να συνάπτουν μετά από διαπραγμάτευση συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για την ισότιμη παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασφαλισμένους. Από τις διαπραγματεύσεις μπορεί να προκύπτουν συμβάσεις μέσω των οποίων επιτυγχάνεται «σύγκλιση» στις πηγές χρηματοδότησης με τη δημιουργία ενιαίου λογαριασμού χρηματοδότησης. Βασικές πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν η ετήσια τακτική επιχορήγηση από τον κρατικό

⁵⁰ ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στο Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, σελ.141.

προϋπολογισμό, η επιχορήγηση από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, και τα έσοδα από νοσήλια των ασφαλισμένων και των ιδιωτών.

Η κρατική επιχορήγηση αφορά το μεγάλο μέρος εσόδων νοσοκομείων και καλύπτει κυρίως τις δαπάνες μισθοδοσίας, δηλαδή περίπου το 50-55%. Η κατανομή των δαπανών από τον τακτικό προϋπολογισμό συνδέεται με τη χρηματοδότηση την προερχόμενη από τις περιφέρειες και τις νομαρχίες. Με τον τρόπο αυτόν διευκολύνεται η υποεκτίμηση των νοσηλίων, η οποία προκύπτει από τις υπόλοιπες δαπάνες (αναλώσιμα και λειτουργικά έξοδα). Η σφαιρική / συνολική χρηματοδότηση στην πραγματικότητα ενοποιεί τους πόρους που προέρχονται από διάφορες πηγές και ισούται με το άθροισμα των εσόδων από νοσήλια και κρατικές επιχορηγήσεις.

Ο προϋπολογισμός δημοσίων επενδύσεων αφορά κυρίως την ανέγερση ή βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων και την προμήθεια τεχνολογικού εξοπλισμού και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Έχει διαπιστωθεί ότι διαχρονικά οι επενδύσεις στην Ελλάδα πραγματοποιούνται χωρίς ενιαίο προγραμματισμό και χωρίς κριτήρια στη χωροταξική κατανομή και τη σύνθεση. Με ανάλογη συνολική χρηματοδότηση των επενδύσεων μπορεί να υποστηριχθεί μια ορθολογική πολιτική διαχείρισης των νοσοκομειακών επενδύσεων. Προϋποθέσεις μιας τέτοιας πολιτικής είναι η εφαρμογή μεθόδων οικονομικής ανάλυσης και αξιολόγησης των επενδύσεων, οι αναμενόμενες επιπτώσεις στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, και ακόμα η θεσμοθέτηση νομικού

πλαisiού σχετικά με την εισαγωγή κανόνων, διαδικασιών και κριτηρίων ελέγχου της επενδυτικής δραστηριότητας. Οι περιφέρειες είναι κατ' εξοχήν αρμόδιες για την έγκριση των επενδύσεων, εφόσον η αναγκαιότητα επιβεβαιώνεται μετά από ουσιαστική τεκμηρίωση των αναγκών και αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Η εμπλοκή της περιφέρειας στην κατανομή των επενδύσεων θα συμβάλλει επίσης στη χωροταξική διευθέτηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Στην προσπάθεια ορθολογικοποίησης των εισροών από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών, είναι αναγκαίο να καταργηθεί η τιμολόγηση με βάση τον υφιστάμενο τύπο νοσηλίου και προτείνεται η εκ των προτέρων κοστολόγηση και ταξινόμηση των ασθενών ανάλογα με τον τύπο νοσηλείας και τον όγκο της προσφερόμενης υπηρεσίας. Τα νοσήλια διαφοροποιούνται γενικότερα ανάλογα με την κατάταξη των ασθενών σε τομείς ή τμήματα και ειδικότερα ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου. Στην τιμολόγηση αυτή περιλαμβάνονται όλες οι συνιστώσες του κόστους νοσηλείας, όπως το ξενοδοχειακό, εργαστηριακό, κλινικό, διαγνωστικό, κ.ά.

Για ειδικές παθολογικές περιπτώσεις, δηλαδή για τους χρονίως πάσχοντες, όπως για παράδειγμα ασθενείς με AIDS, καρκινοπαθείς στο τελικό στάδιο ή ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, το νοσήλιο μπορεί να διαφοροποιείται εφόσον συμπεριλαμβάνονται στην προκαθορισμένη

κοστολόγηση οι αναγκαίες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και αποκατάστασης.⁵¹

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών γίνεται είτε άμεσα από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είτε από κοινό χρηματοδοτικό λογαριασμό, ο οποίος αποτελεί έναν δημόσιο φορέα στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και με καθορισμένη περιοδικότητα αποζημιώνει τα νοσοκομεία με βάση τις πραγματοποιηθείσες ημέρες νοσηλείας κατά κατηγορία περιστατικών. Ο τρόπος και ο χρόνος πληρωμής των νοσηλίων στα νοσοκομεία εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου και προκύπτει από διαπραγματεύσεις μεταξύ νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών.

Τα νοσοκομεία αποστέλλουν τις απαιτήσεις τους στον κοινό λογαριασμό, οι οποίες διαβιβάζονται στα ασφαλιστικά ταμεία. Σημαντικός είναι ο διαπραγματευτικός ρόλος του κοινού λογαριασμού μεταξύ του νοσοκομείου και του συνόλου των ασφαλιστικών ταμείων, δεδομένου ότι με την παρέμβασή του επιτυγχάνεται η σταθερότητα και η κανονικότητα των πληρωμών καθώς και η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των ταμείων των ασθενών και των νοσοκομείων. Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαία η δημιουργία του λογαριασμού-διαμεσολαβητού μεταξύ νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων με δεδομένες τις καθυστερήσεις στις εισπράξεις των νοσηλίων στην καθημερινή πρακτική.

⁵¹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, ο.π σελ 228.

Ανεξάρτητα από τη δημιουργία ή μη του λογαριασμού, τα νοσοκομεία πρέπει να διαπραγματεύονται τις τιμές των νοσηλίων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ή φορείς άλλων χωρών για τη νοσηλεία αλλοδαπών με τη σύναψη συμβάσεων. Είναι γεγονός, ότι οι διαπραγματεύσεις μεταξύ προμηθευτών και ασφαλιστών, έχουν αποδειχτεί αποδοτικές και είναι πολύ επίκαιρες σε διεθνές επίπεδο. Ανάλογη επιτυχής πολιτική ελέγχου στη χώρα μας δεν υπάρχει από το δημόσιο τομέα. Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, οι συμβεβλημένες με τα μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, ασκούν πιέσεις και έχουν επιτύχει μεγαλύτερο έλεγχο στο κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών των ασφαλισμένων τους μέσω διαπραγματεύσεων και συμβολαίων. Ως εκ τούτου, η ενεργοποίηση του ισχύοντος κανονιστικού και νομοθετικού πλαισίου της διαδικασίας διαχείρισης της νοσηλείας αλλοδαπών στη χώρα, με σκοπό την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, μπορεί να είναι θετική. Η δημιουργία ενός ειδικού-σφαιρικού προϋπολογισμού κάλυψης δαπανών νοσηλείας των αλλοδαπών δίνει τη δυνατότητα χρηματοδότησης της δαπάνης μέσω ενός κεντρικού ασφαλιστικού φορέα, όπως το ΙΚΑ .

Τέλος, στα έσοδα από νοσηλεία εμπεριέχονται οι εισροές, προερχόμενες από την καταβολή ποσών τα οποία καταβάλλονται κατά την εισαγωγή του ασθενούς στα δημόσια νοσοκομεία ή την προσέλευσή του στα εξωτερικά ιατρεία. Ασφαλώς αποτελούν έσοδα που

προκύπτουν από τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος της προσφερόμενης φροντίδας υγείας (co-payments).

5.6 Η συμβολή της περιφερειακής κατανομής των πόρων στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας

Αξίζει να αναφερθεί, ότι οι υφισταμένες παρενέργειες και δυσλειτουργίες που εμφανίζει ο υγειονομικός τομέας της χώρας μας, δεν είναι αποτέλεσμα της έλλειψης πόρων σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Τα βασικά προβλήματα εντοπίζονται σε ζητήματα οργανωτικού και διοικητικού χαρακτήρα και σε ζητήματα κατανομής των πόρων, με εστίαση την απουσία προσανατολισμού των ασθενών στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει ενιαία κατεύθυνση και πολιτική για τη διαχείριση των ασθενών στο σύστημα υγείας, γεγονός που οφείλεται στον πολυκερματισμό των διαδικασιών και των δομών των οργανισμών ασφάλισης υγείας και των υγειονομικών υπηρεσιών.

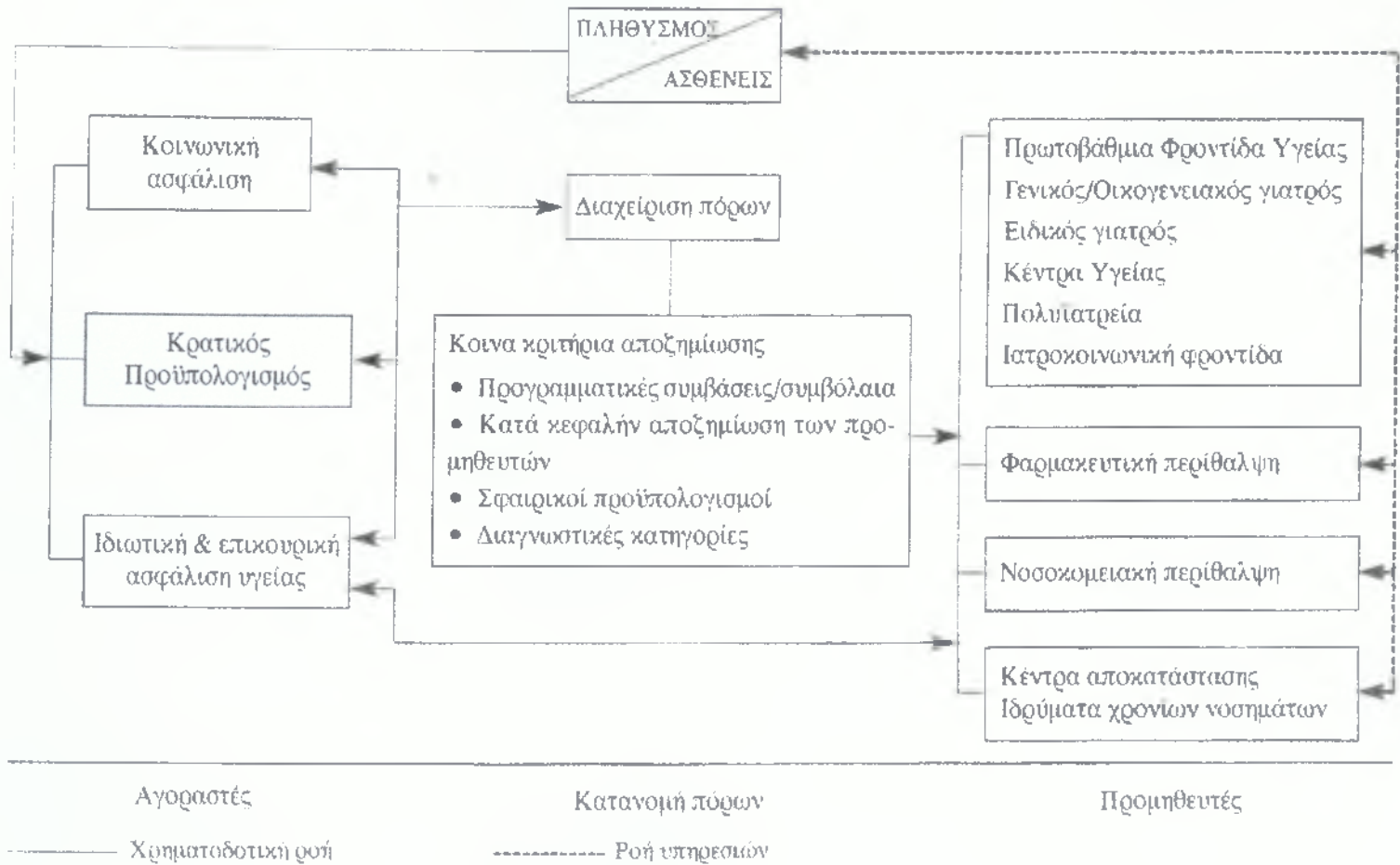
Η διεθνής εμπειρία, σε απάντηση ανάλογων προβλημάτων, έχει επιδείξει διάφορα οργανωτικά πρότυπα ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας υγείας, είτε αυτά είναι τα Δίκτυα Συντονισμένης Φροντίδας στη Γαλλία είτε ο γενικός γιατρός στη Μεγάλη Βρετανία είτε τα διάφορα προγράμματα ολοκληρωμένης φροντίδας στις ΗΠΑ. Τα σχήματα αυτά συνδέουν λειτουργικά τη ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνοντας την ισοκατανομή των πόρων στο σύστημα υγείας με κριτήρια:

- α. το δικαίωμα της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση των υπηρεσιών
- β. τον προσδιορισμό υγειονομικών προτεραιοτήτων
- γ. την αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων, και
- δ. τη διασφάλιση της ποιότητας των προσφερόμενων φροντίδων υγείας.

Την απουσία τέτοιων προγραμμάτων στη χώρα έρχεται να καλύψει το εγχείρημα της δημιουργίας των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την επιχειρούμενη ανασυγκρότηση των υπηρεσιών της ανοικτής περίθαλψης σε κεντρικό αλλά και τοπικό επίπεδο. Τα Δίκτυα αυτά θα αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας και θα προσανατολίζονται στη διασφάλιση της συνέχειας της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3. αναμφισβήτητα, τα Κέντρα Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τα πολυϊατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) με την υπάρχουσα υποδομή τους, καλύπτουν σήμερα περίπου το 85% του πληθυσμού και αποτελούν ένα πλήρες δίκτυο διανομής υγειονομικών υπηρεσιών. Αναμένεται ότι τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε κοινοπραξία με τα νοσοκομεία μπορεί να επιλύσουν τα υπάρχοντα προβλήματα οργανωτικού, διοικητικού και διαχειριστικού χαρακτήρα. Ένα τέτοιο εγχείρημα, πέρα από τη μεταρρύθμιση των χρηματοδοτικών μηχανισμών του συστήματος υγείας την οποία εμπεριέχει, θα είναι ευεργετικό στη διαχείριση των προϋπολογισμών

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

Η διαχείριση των ασθενών και των πόρων στα Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας



Πηγή: Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης / διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2000 σελ. 217.

της κοινωνικής ασφάλισης και γενικότερα στα οικονομικά του εθνικού προϋπολογισμού υγείας.⁵²

Αν και είναι δύσκολο να απαριθμηθούν τα πλεονεκτήματα τα οποία θα επέλθουν από την οργανωτική και διαχειριστική αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν ενδεικτικά τα σημαντικότερα:

- α) ορθολογική περιφερειακή κατανομή των πόρων
- β) θέσπιση ευκρινών στόχων και υγειονομικών προτεραιοτήτων βασισμένων στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Κατά συνέπεια, δίνεται η δυνατότητα να αναπτυχθούν προγράμματα δημόσιας υγείας σχετικά με την πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή της υγείας. Παράλληλα, ελαχιστοποιούνται οι υφιστάμενες δυσχέρειες και ανισότητες στην πρόσβαση στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες οφείλονται είτε στις διαφοροποιήσεις στην ασφαλιστική κάλυψη των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Τέλος, θεωρείται βέβαιο ότι με την οργανωτική και διοικητική διασύνδεση των δικτύων με τα άλλα επίπεδα περίθαλψης βελτιώνονται οι μηχανισμοί υποδοχής και διαχείρισης των ασθενών στο σύστημα υγείας. Η ολοκληρωμένη και οργανωμένη διακίνηση των ασθενών μπορεί να έχει ως συνέπεια τη μείωση της υπερβάλλουσας ζήτησης για νοσηλεία σε μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας, και κατ' επέκταση την εξαφάνιση των υψηλών και άτυπων

⁵² ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α., *Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο/ Κοινωνία Υγεία, Αθήνα 1997σελ. 19.

ποσοτών «συνασφάλισης», δηλαδή παραοικονομίας, η οποία κυμαίνεται περίπου στο 23% των συνολικών δαπανών υγείας.

Το συγκριτικό πλεονέκτημα ενός ολοκληρωμένου πλέγματος υγειονομικών υπηρεσιών, σε τοπικό επίπεδο, θεωρείται βέβαιο ότι θα υποκαταστήσει τη ζήτηση για νοσοκομειακή περίθαλψη από την αντίστοιχη πρωτοβάθμια. Επιπροσθέτως, θα ενισχύσει την υπάρχουσα υποδομή και θα προσανατολίσει προς εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, δεδομένου ότι θα αποδεσμεύσει τα νοσοκομεία από την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Θεωρείται επίσης δεδομένο, ότι με τη δημιουργία των Δικτύων μπορεί να επιτευχθεί «εκ των πραγμάτων» σύμπραξη των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία με προγραμματικές συμβάσεις και συμφωνίες προβαίνουν στην αγορά και πώληση φροντίδων υγείας με διαπραγμάτευση των τιμών των προσφερόμενων υπηρεσιών στην ανοικτή και την κλειστή περίθαλψη. Τα νοσοκομεία με αυτόν τον τρόπο μπορούν να προσδιορίζουν το παραγόμενο προϊόν τους και ως εκ τούτου - ουσιαστικά και όχι πλέον πλασματικά - καταρτίζουν το συνολικό ετήσιο προϋπολογισμό τους.

Είναι γεγονός, ότι με τη διοικητική αποκέντρωση και αποδέσμευση των πόρων σε τοπικό επίπεδο, με την εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, καθώς επίσης με την ταυτόχρονη οργανωτική αναβάθμιση και ενιαιοποίηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, θα ανατραπούν οι σοβαρές χρηματοδοτικές στρεβλώσεις και οργανωτικές ανισορροπίες οι οποίες χαρακτηρίζουν συνολικά τον υγειονομικό τομέα

της χώρας, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να τον καταστήσουν σύγχρονο και εφάμιλλο με τα συστήματα υγείας των προηγμένων χωρών.⁵³

5.7 Συμπεράσματα

Από τα προαναφερθέντα ότι η εφαρμογή του σφαιρικού/κλειστού προϋπολογισμού αποσκοπεί στην ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του παραγόμενου προϊόντος των μονάδων υγείας και των νοσοκομείων στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου και περιορισμένου προϋπολογισμού. Ο παραδοσιακός συγκεντρωτισμός στη διαχείριση των μονάδων, κέντρων υγείας ή νοσοκομείων αντικαθιστάται από τη νέα οργανωτική κατάταμήσή τους σε κλινικά, νοσηλευτικά, διοικητικά και εργαστηριακά τμήματα. Κάθε μονάδα, ανάλογα με το είδος και το μέγεθός της, προβαίνει στην οργανωτική της κατάταμηση. Σε κάθε τμήμα μπορεί να ενσωματώνονται ιατρικές, διοικητικές, ξενοδοχειακές, τεχνικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Κάθε τμήμα λειτουργεί αυτόνομα, έχει τους δικούς του ειδικούς στόχους της μονάδας υγείας. Ως εκ τούτου, κάθε τμήμα διαμορφώνει το δικό του προϋπολογισμό σε σχέση με τις ανάγκες του, την παραγωγικότητά του και την ετήσια σφαιρική χρηματοδότηση.

Σε νοσοκομειακό επίπεδο, οι πολυάριθμοι τμηματικοί προϋπολογισμοί που συντάσσονται, διαμορφώνουν το γενικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Κατ' αυτόν τον

⁵³ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, ο.π, σελ 233.

τρόπο επιτυγχάνεται η αποκεντρωμένη νοσοκομειακή διαχείριση, η οποία έχει ως επακόλουθο τη συμμετοχή των υπευθύνων των τμημάτων στην κατάρτιση του τελικού προϋπολογισμού, και τον ουσιαστικό έλεγχο στη διαχείριση του νοσοκομείου. Ο έλεγχος στη διαχείριση αποσκοπεί στη μέτρηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε κάθε τομέα δραστηριότητας, στην προτροπή και παροχή κινήτρων στους συμμετέχοντες και στη διασφάλιση ότι οι εκάστοτε διαθέσιμοι πόροι αξιοποιούνται αποδοτικά. Είναι βέβαιο, ότι η αποκεντρωμένη συμμετοχή στη διαχείριση ευαισθητοποιεί τους εργαζόμενους, γιατρούς, διοικητικούς, νοσηλευτές να συνειδητοποιήσουν το κόστος των δραστηριοτήτων τους, εφόσον επιβάλλεται η εμπλοκή τους στην προϋπολογιστική διαδικασία.

Με την εφαρμογή των σφαιρικών/κλειστών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία ή στις άλλες μονάδες υγείας, δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης και μέτρησης του παραγόμενου προϊόντος. Επιπροσθέτως, οι προϋπολογισμοί αυτοί μπορούν να αποτελέσουν το προκαταρκτικό στάδιο για μελλοντική χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κατηγοριών στη χώρα μας είτε ως εναλλακτικής μεθόδου χρηματοδότησης των νοσοκομείων είτε ως κριτηρίου μέτρησης της παραγωγικότητας είτε ως δείκτη σύγκρισης και εναρμόνισης των νοσοκομειακών κλινικών και οικονομικών δεδομένων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Μέχρι πρόσφατα, η διεθνής εμπειρία δέχεται την υιοθέτηση σφαιρικών και τμηματικών

προϋπολογισμών ως τα σπουδαιότερα «εργαλεία» διαχείρισης όλων των μονάδων/υπηρεσιών υγείας. Στη χώρα μας, καθημερινά αποδεικνύεται ότι η παράταση στην εφαρμογή τους επιτείνει συνεχώς τα καίρια προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως τα συσσωρευμένα ελλείμματα, το συνεχώς διογκούμενο κόστος, καθώς επίσης τη δύσκαμπτη διοικητική και διαχειριστική δομή της.

Είναι βέβαιο ότι, με την υιοθέτηση ανάλογης οργανωτικής και διαχειριστικής πολιτικής, βασισμένης στα μηνύματα της διεθνούς πρακτικής και αποσκοπούσας στη δημοσιονομική εξυγίανση με την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων, θα επιτευχθούν οι εξής σημαντικοί στόχοι:

Ο πρώτος αφορά την ανακατανομή των αρμοδιοτήτων και των πόρων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, ενώ ο δεύτερος την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα από την εφαρμογή μηχανισμών συγκράτησης των νοσοκομειακών δαπανών. Ο τρίτος στόχος αφορά την παγίωση μιας εθνικής πολιτικής υγείας ικανής να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις του ελεύθερου ανταγωνισμού και τις επιταγές της διεθνούς αγοράς υπηρεσιών υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στον υγειονομικό τομέα, όπως είδαμε ευνοείται η ανάπτυξη της παραοικονομικής δραστηριότητας για λόγους που συνδέονται με την ιδιομορφία της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Το αγαθό υγείας είναι ένα κοινωνικό αγαθό, το οποίο βρίσκεται σε υψηλό βαθμό στην κλίμακα των κοινωνικών προτεραιοτήτων και ατομικών προτιμήσεων.

Στην αγορά υπηρεσιών υγείας ελαχιστοποιείται η κυριαρχία του καταναλωτή εξαιτίας της έλλειψης και της ασυμμετρίας πληροφόρησης. Με την παράλληλη δε δράση των μηχανισμών της αντίστροφης επιλογής και της προκλητής ζήτησης προκαλείται ένα ευνοϊκό κλίμα για οικονομικές συναλλαγές, οι οποίες δεν καταγράφονται και δεν είναι εύκολο να εκτιμηθούν. Οι ιδιαιτερότητες αυτές ελαχιστοποιούν τους μηχανισμούς αγοράς, προκαλούν στρεβλώσεις στη ζήτηση, προσδιορίζουν μονόπλευρα το χαρακτήρα και το μέγεθος της αγοράς από την πλευρά της προσφοράς, και τελικά προσδίδουν στο ιατρικό σώμα ισχυρή οικονομική μονοπωλιακή δύναμη.

Ο δημόσιος τομέας, με τους περιορισμένους πόρους, αδυνατεί να καλύψει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας των καταναλωτών - ασθενών. Ως εκ τούτου, οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τα οργανωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας και τις αδυναμίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δίνουν συνεχώς έρεισμα στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Σημαντικό ενδογενή παράγοντα αποτελεί η πλημμελής οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία συνεπάγεται την υπερβάλλουσα χρήση της παρακλινικής συνταγογραφίας και την αλόγιστη παραπομπή των καταναλωτών σε ειδικούς – ιδιώτες – ιατρούς.

Η απουσία διαχείρισης των ασθενών στο σύστημα υγείας δημιουργεί τεχνητή συμφόρηση στην κινητικότητα των χρηστών, έτσι ώστε να επιβάλλεται η καταβολή αμοιβών διαμεσολάβησης, πρόσθετης άτυπης πληρωμής για την αυτονόητη άσκηση του ασφαλιστικού δικαιώματος, την ελεύθερη πρόσβαση και την ίση χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή αποδεικνύει αφενός την ανεπάρκεια –ποσοτική και ποιοτική– του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στον τρόπο διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και το σημαντικότερο, ότι το ίδιο το κράτος προωθεί, προτρέπει τη μετακύλιση του βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους ιδιώτες, με συνέπεια την καταστρατήγηση όλων των εκφάνσεων της ισότητας στην υγεία.

Ένα ευρύτατο πλήθος ενδείξεων αλλά και σχετικές μελέτες δείχνουν αφενός τις εκτεταμένες ανισότητες – γεωγραφικού και κοινωνικού χαρακτήρα – και αφετέρου τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση στην κατανομή των πόρων. Εκ παραλλήλου, διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παροχές μεταξύ ασφαλιστικών οργανισμών, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ένας κύκλος σπατάλης και φτώχειας, έτσι ώστε να μην υπάρχει ουσιαστικά η ελάχιστη και αναγκαία εγγυημένη δέσμη παροχών υγείας.

Κατά συνέπεια, το αλληλοτροφοδοτούμενο διπλό έλλειμμα – κοινωνικής ασφάλισης και υπηρεσιών υγείας – επιβάλλει νέες και άμεσες διευθετήσεις διορθωτικού χαρακτήρα, δεδομένου ότι θα εντείνει την ενδημική κρίση αξιοπιστίας των υπηρεσιών υγείας, η οποία ενοχοποιείται για ακύρωση της ασφαλιστικής κάλυψης, για σχετικά χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και για εκτεταμένη παραοικονομία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΙΤΟΝΑ Μ., Σφαιρικός Προϋπολογισμός : Μια μορφή Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1992

ΓΕΙΤΟΝΑ Μ.,- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.,) Η Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα, 1992-1992, Ιατρική τ.χ67. 1995

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα1996

Κοινωνικός Προϋπολογισμός έτους 1995.

ΚΟΝΤΟΥΛΗ- ΓΕΙΤΟΝΑ Μ., Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Εξαντας/ Πολιτικές Υγείας. Αθήνα1997

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα 1992.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα 1993.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΜΠΟΥΣΑΝΙΔΗΣ Χ.,ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., Η ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα 2001.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ., Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών και Υγείας, Αθήνα 1991

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. και ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α., Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Θεμέλιο Κοινωνία Υγεία. Αθήνα 1997

ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας 1994

ΡΟΜΠΟΛΗΣ Σ.- ΧΛΕΤΣΟΣ Μ., Η Κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του Κράτους πρόνοιας. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη 1995

ΣΟΥΛΗΣ Σ., Οικονομική της Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα 1999

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ., Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας .Εκδόσεις Παπαζήση . Αθήνα 2000

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ»

Η παρούσα εργασία, δεν φιλοδοξεί να συμπεριλάβει κάθε εναλλακτική λύση ή προοπτική στα προβλήματα που προκύπτουν από την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, αλλά αρκείται να εξετάσει και να παρουσιάσει την διαδικασία χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και να αναδείξει την ανισότητα στις ασφαλιστικές καλύψεις, τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση στην κατανομή πόρων, την χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, την εκτεταμένη παραοικονομία και συγκεκριμένα την υψηλή ιδιωτική δαπάνη από τη μεριά των χρηστών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις τάσεις και προοπτικές χρηματοδότησης της υγείας σε διεθνές επίπεδο. Περιγράφεται επίσης η διαχρονική εξέλιξη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από την κοινωνική ασφάλιση. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται επισταμένη και εκτεταμένη αναφορά στους τρόπους διαχείρισης και χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας, με τον τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομείων καθώς και με τα προβλήματα αυτού του τρόπου. Στο τέταρτο κεφάλαιο

παρουσιάζεται η οικονομική κάλυψη του ιδιωτικού τομέα από τους ασφαλιστικούς φορείς. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας σε όλα τα επίπεδα, ώστε να γίνει ικανή η σύγκριση.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2002