

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Μεσολογγίου  
Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας  
Τμήμα Συντελεστών Συνεταιριστών Οργάνωσης και Εκμετάλλευσης

**Θ Ε Μ Α :**

**ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ - ΝΟΣΗΛΙΩΝ  
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ  
ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ**



Εισηγητής : Σωτηρόπουλος Ιωάννης  
Σπουδάστρια : Γκόρου Αρετή

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Το αντικείμενο της έρευνας είναι η καταγραφή του κόστους επιλεγμένων ασθενειών δύο ορθοπεδικών τμημάτων του Π. Γ. Ν. Αττικής – Κ. Α. Τ. και συγκεκριμένα των ασθενειών που χρήζουν επεμβάσεων, διατροχαντηρίου κατάγματος, Ο. Α. ισχίου και Ο. Α. γόνατος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αναφέρεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και ιδιαίτερα αφορούν τις γυναίκες. Η διάρκεια της νοσηλείας είναι υψηλή στο προεγχειρητικό στάδιο (ακολουθούμενη διαδικασία εξετάσεων – ακτινογραφιών) αλλά και στο μετεγχειρητικό στάδιο (φυσικοθεραπεία κ.α.) Η καταγραφή του κόστους έδειξε επίσης την διαφορετική οργάνωση των ιατρικών τμημάτων, σε θέματα επιλογής του υλικού οστεοσύνθεσης, των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΜΕΡΟΣ Α΄

### ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ

#### ΜΟΝΑΔΑΣ

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :

###### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ

ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ	11
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	13
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ	16
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΚΟΣΤΟΥΣ	17
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	22
ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	24
ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	27
ΒΑΣΙΚΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	30
ΣΥΝΔΙΑΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΩΝ	33
ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ LASER	35

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ

###### ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ

ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ	39
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	
2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ	40
2.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	44

## **ΜΕΡΟΣ Β'**

### **ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ MANAGEMENT ΝΟΣΗΛΙΩΝ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

<b>: ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ</b>	<b>45</b>
<b>ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ</b>	<b>48</b>
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΝΑΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ</b>	<b>51</b>

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :**

<b>MANAGEMENT ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ</b>	<b>52</b>
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ MANAGEMENT</b>	<b>57</b>
<b>ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΕΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ</b>	<b>62</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ</b>	<b>68</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>69</b>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

1. ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	73
--	----

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	
Η ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	86
ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	87
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	88
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	92
ΓΕΝΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ	95
ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ	96
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΗΜΟs)	97
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ (ΡΡΟs)	99
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (MORAL HAZARD)	101

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	106
---	-----

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV**

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	114
-------------	-----

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η χρονική περίοδος 1960-1990 χαρακτηρίστηκε από μια σημαντική αύξηση των δαπανών για την υγεία μεγαλύτερη εκείνης του ΑΕΠ σαν αποτέλεσμα της αλλαγής του επιδημιολογικού προτύπου, της τεράστιας προόδου της ιατρικής τεχνολογίας και γενικότερα των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων .

Η αύξηση αυτή δεν ακολουθήθηκε με τη συνολική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, μια και υποστηρίζεται ότι, το επίπεδο υγείας σχετίζεται και προσδιορίζεται από παράγοντες εκτός του υγειονομικού συστήματος και της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως οι συνθήκες ζωής, το περιβάλλον, η ανεργία, το άγχος. Παράλληλα υποστηρίζεται ότι η αύξηση των δαπανών για την υγεία δεν μπορεί να μην ακολουθεί τη γενικότερη αύξηση του ΑΕΠ γιατί διαφορετικά θα λειτουργεί σε βάρος των άλλων δαπανών όπως π.χ. της παιδείας, της πρόνοιας, της στέγης κ.α.

Οι διαπιστώσεις αυτές είχαν σαν αποτέλεσμα να αναζητηθούν πολιτικές ελέγχου και συγκράτησης του κόστους των δαπανών υγείας. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 αυτές οι πολιτικές έχουν ενσωματωθεί στους στόχους των υγειονομικών συστημάτων, ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών και έχουν να κάνουν με την παραγωγική και αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων στον υγειονομικό τομέα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, και όχι με την περιστολή ή περικοπή των δαπανών υγείας.

Στην κατεύθυνση εφαρμογής των παραπάνω πολιτικών συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών υγείας, ξεκίνησαν και συνεχίζουν να γίνονται προσπάθειες, τόσο στην πλευρά της προσφοράς, όσο και στην πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι προσπάθειες, σε συνδυασμό με οργανωτικές αλλαγές και την οικονομική αξιολόγηση των

ιατρικών παρεμβάσεων, αποτελούν σημεία – κλειδιά για την αποδοτική κατανομή των δαπανών υγείας και των διατιθέμενων πόρων.

Στην πλευρά των πολιτικών παρέμβασης στην προσφορά, ο νοσοκομειακός τομέας έχει τη μεγαλύτερη βαρύτητα μια και απορροφά το 60% των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.

Σε αυτό τον τομέα η κλασσική χρηματοδότηση με βάση το ημερήσιο νοσήλιο έχει αντικατασταθεί με τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς, διαγνωσμένες ομάδες ασθενειών (DRGs) καθώς και από μεικτά συστήματα (case – mix systems) που βασίζονται στη διάγνωση και στην επίπτωση της ασθένειας.

Οι αναφερθείσες αλλαγές στη χρηματοδότηση, είχαν σαν αποτέλεσμα τη συγκράτηση του κόστους αλλά και βελτιώσεις στη μείωση του χρόνου νοσηλείας και των εισαγωγών στα νοσοκομεία σε συνδυασμό με εναλλακτικές μεθόδους νοσηλείας, όπως χειρουργεία μιας ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι κ.α.

Τα DRGs αποτελούν σήμερα την πλέον αναγνωρισμένη μέθοδο προοπτικής αποζημίωσης των νοσοκομείων και ταυτόχρονα βοηθούν και άλλους τομείς του - ΚΑΤ, όπως στον προγραμματισμό, στη διοίκηση και στη διαχείριση και στον έλεγχο της ειδικής και συνολικής ιατρικής δραστηριότητας. Παράλληλα επιτρέπουν τις συγκρίσεις μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύουν τα νοσοκομεία και δίνουν πληροφορίες αξιοποιήσιμες στη διοίκηση.

# **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**



# ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ

Το **Νοσήλιο** ορίζεται ως «η απαιτούμενη ημερήσια δαπάνη για τη νοσηλεία ασθενούς». Η παραλλαγή (είδος) του Νοσηλίου που εφαρμόζεται σε κάθε χώρα και σε κάθε εποχή συναρτάται αφενός προς τις εκάστοτε ισχύουσες **κοινωνικές αντιλήψεις** για την Υγεία, αφετέρου προς τα διαμορφούμενα **οικονομικά δεδομένα** στον Υγειονομικό Τομέα.

## ΑΝΟΙΧΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Εφαρμόζεται στον **ιδιωτικό** τομέα της Υγείας (ιδιωτικές κλινικές). Αποτελείται από το «ξενοδοχειακό» μέρος (δωμάτιο, διατροφή, κλπ) και το «ιατρονοσηλευτικό» μέρος (έξοδα χειρουργείου, φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ιατρική αμοιβή κλπ.). Το τελικό κόστος της νοσηλείας προκύπτει **κατά την έξοδο** του ασθενούς από το νοσηλευτήριο.

Το ανοιχτό νοσήλιο έχει προκαλέσει **σοβαρές τριβές** μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών και των ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών και τείνει να **εγκαταλειφθεί** (και στην Ελλάδα).

## ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΝΙΑΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Εφαρμόσθηκε στον δημόσιο τομέα της Υγείας σε πολλές χώρες και ευθύνεται για την υπερχρέωση των Νοσοκομείων και την υπέρμετρη αύξηση των δαπανών υγείας. Ήδη, έχει εγκαταλειφθεί απ' όλα τα προηγμένα κράτη.

Το ύψος το νοσηλίου καθορίζεται με διοικητικό τρόπο και είναι το **ίδιο** για όλες τις ασθένειες και αιτίες νοσηλείας, για όλες τις κλινικές και για όλα τα Νοσοκομεία. Όσο χρεώνεται η νοσηλεία για ένα απλό παθολογικό περιστατικό, χρεώνεται και για μια καρδιοχειρουργική επέμβαση κλπ. Στο

κλειστό ενιαίο νοσήλιο περιλαμβάνονται όλα τα έξοδα που σχετίζονται με τη νοσηλεία, χωρίς οποιαδήποτε εξαίρεση.

Η μόνη διαφοροποίηση που υπάρχει, σχετίζεται με τη «θέση» νοσηλείας (μονόκλινο δωμάτιο, δίκλινο, τρίκλινο κλπ.)

### **ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ ΜΕ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ**

Είναι παραλλαγή του προηγούμενου και εφαρμόστηκε μέχρι σήμερα και στην Ελλάδα. Η διαφορά του με το προηγούμενο έγκειται στο γεγονός ότι ορισμένες δαπάνες χρεώνονται πέραν του διοικητικά καθορισμένου νοσηλίου και εισπράττονται επιπλέον από τα Νοσοκομεία (πχ. Κυτταροστατικά Φάρμακα, Βηματοδότες, Ορθοπεδικό Υλικό, Ενδοφακοί, ακριβές Διαγνωστικές Εξετάσεις κλπ.)

### **ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ**

Πρόκειται για εκσυγχρονισμένο τρόπο πληρωμής των Νοσοκομείων, που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ (Diagnosis Related Groups – DRGs)

Στηρίζεται στην αναλυτική κοστολόγηση όλων των νοσοκομειακών φροντίδων για κάθε ασθένεια και αιτία εισαγωγής στο Η - ΚΑΤ. Στη συνέχεια ομαδοποιούνται, ανάλογα με το συνεπαγόμενο κόστος τους, και προσδιορίζεται ειδικό κλειστό νοσήλιο για κάθε συγκεκριμένη ομάδα συγγενών διαγνώσεων.

Μία αρκετά απλουστευμένη εκδοχή των DRGs είναι η θέσπιση ειδικών κλειστών νοσηλίων για τις επιμέρους ειδικευμένες Κλινικές των Νοσοκομείων (π.χ. παθολογικό νοσήλιο, ουρολογικό νοσήλιο κλπ).

Η μέθοδος των DRGs μείωσε τη μέση διάρκεια νοσηλείας, υποκατέστησε τη νοσηλεία με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, βελτίωσε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και συνέβαλε σε μικρή μείωση του νοσοκομειακού κόστους, αποτρέποντας κυρίως την περαιτέρω αύξησή του.

# ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Η διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στα Νοσοκομεία μας, πραγματοποιείται σε μεγάλο ποσοστό α) **χωρίς προγραμματισμό** (τι, γιατί, πόσο, πού, πως, πότε), β) με **κακές Διαδικασίες** υλοποίησης των προμηθειών (τεχνικές προδιαγραφές, όροι διακηρύξεως, αξιολόγηση προσφορών, συμβάσεις) και γ) **χωρίς εξασφάλιση Υποστήριξης** (εκπαίδευση, συντήρηση, επισκευή, ανεφοδιασμός).

Ο **Προγραμματισμός** της αγοράς Βιοϊατρικής Τεχνολογίας πρέπει να στηρίζεται σε απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- α. **Τι;** (προσδιορισμός τεχνολογίας και μηχανημάτων)
- β. **Γιατί;** (αιτιολόγηση της ανάγκης)
- γ. **Πόσο;** (ποσότητα σε σχέση με τη νοσηρότητα)
- δ. **Πού;** (εγκατάσταση σε εθνικό ή ενδονοσοκομειακό επίπεδο)
- ε. **Πως;** (χρηματοδότηση – απόσβεση – αντικατάσταση)
- στ. **Πότε;** (χρονοδιάγραμμα διαδικασιών)

Κατά την **υλοποίηση** μιας απόφασης εισαγωγής βιοϊατρικής τεχνολογίας θα πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα τα ακόλουθα:

- α. Οι **τεχνικές Προδιαγραφές** (εύρος – χαρακτηριστικά – σαφήνεια)
- β. Οι **Όροι της Διακήρυξης** (παρελκόμενα ζητήματα)
- γ. Η **Αξιολόγηση των Προσφορών** (καταλληλότητα Επιτροπών – τήρηση προθεσμιών)
- δ. Το **περιεχόμενο της Σύμβασης ή των Συμβάσεων** (περίπτωση χωριστών συμβάσεων αγοράς και υποστήριξης)

Στη Σύμβαση Αγοράς θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στα ακόλουθα ζητήματα:

α. **Περιγραφή Αντικειμένου** (μερικά πράγματα είναι υποχρεωτικά συμπληρώματα του κύριο υλικού – δεν αγοράζουμε πάντα αυτό που περιέγραφαν οι τεχνικές προδιαγραφές)

β. **Διαδικασίες Παράδοσης** (προεργασία – εγκατάσταση – χρόνος)

γ. **Διαδικασίες Παραλαβής** (ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος – δοκιμαστική λειτουργία)

δ. **Εκπαίδευση Χρηστών** (ποιοι – πόσοι – πόσο – που – πότε)

ε. **Εγγύηση καλής εκτέλεσης**

στ. **Εγγύηση καλής λειτουργίας**

ζ. **Ποινικές Ρήτρες**

Στη Σύμβαση Υποστήριξης πρέπει να διευκρινίζεται αν πρόκειται για την παροχή πλήρους ή μερικού **SERVICE** (συντήρηση – επισκευή – ανταλλακτικά) και να καθορίζεται σαφώς η **μέθοδος αναπροσαρμογής των τιμών**, των εξαιρουμένων ανταλλακτικών και των αναλώσιμων υλικών. Άλλα κρίσιμα ζητήματα είναι:

α. η **Διάρκεια Παροχής**

β. ο **Χρόνος Ανταπόκρισης**

γ. ο προσδιορισμός **Σταθερού και Μεταβλητού Μέρους της Τιμής**

δ. η **Εγγύηση καλής εκτέλεσης**

ε. οι **Ποινικές Ρήτρες**

Η εισαγωγή Βιοϊατρικής Τεχνολογίας είναι μια υπόθεση στην οποία εμπλέκονται και συμβάλλουν **πολλές** υπηρεσίες, γραφεία και Τμήματα. Πρέπει να εντοπίζονται όλοι οι εμπλεκόμενοι, να ενημερώνονται σωστά και

να ζητείται η συμβολή τους στη διαμόρφωση των αποφάσεων και στον καθορισμό των χρονοδιαγραμμάτων και των ενεργειών.

Σε κάθε περίπτωση για κάθε συγκεκριμένη υπόθεση εισαγωγής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας πρέπει να ορίζεται ένα πρόσωπο ως **Συντονιστής Έργου (PROJECT MANAGER)**.

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ

Ο Υπολογισμός του λειτουργικού κόστους Ιατρικού Τμήματος πρέπει να αναχθεί σε ετήσια βάση και στη συνέχεια πρέπει να γίνει επιμερισμός ανά μονάδα «προϊόντος».

Στην περίπτωση των **Κλινικών Τμημάτων** θα θεωρηθούν ως προϊόντα: α) ο συνολικός (ετήσιος) αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών και β) ο συνολικός (ετήσιος) αριθμός ημερών νοσηλείας. Επομένως, ο επιμερισμός πρέπει να εκφραστεί ως: α) **κόστος ανά νοσηλευθέντα ασθενή** και β) **κόστος ανά ημέρα νοσηλείας**.

Εξυπακούεται ότι το κόστος λειτουργίας **εξειδικευμένων Μονάδων** που είναι ενταγμένες σε Κλινικά Τμήματα, αλλά η ανάπτυξη τους δεν είναι συνηθής και δεν αποτελεί τον κανόνα, **δεν μπορεί να συμπεριληφθεί στο κόστος του Τμήματος**.

Π.χ., στο λειτουργικό κόστος ενός **Καρδιολογικού Τμήματος** πρέπει να συμπεριληφθεί το κόστος που προκαλείται από την ενταγμένη Μονάδα Εμφραγμάτων, αλλά δεν πρέπει να συμπεριληφθεί το κόστος που προκαλείται από το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Τμήματος.

Για τις εξειδικευμένες Μονάδες μπορεί να γίνει αυτοτελής προσδιορισμός του κόστους λειτουργίας και επιμερισμός ανά μονάδα του, κατάλληλου σε κάθε περίπτωση «προϊόντος».

1. Στην περίπτωση των **Εργαστηριακών Τμημάτων** θα θεωρηθεί ως «προϊόν» ο συνολικός (ετήσιος) αριθμός εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, **ανεξαρτήτως** αν αφορούσαν εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς του ΓΟΝΓΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ». Επομένως, ο επιμερισμός πρέπει να εκφραστεί ως κόστος ανά εργαστηριακή εξέταση.

2. Σε περιπτώσεις Ιατρικών Τμημάτων όπου το «προϊόν» είναι ιδιόμορφο, επαφίεται στους διενεργούντες την κοστολόγηση να προσδιορίσουν την κατάλληλη μονάδα επιμερισμού του κόστους (π.χ. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Σταθμός Αιμοδοσίας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Εργαστήριο Ενδοσκοπήσεων, Οδοντιατρικό Τμήμα κλπ.).

3. Τονίζεται ότι οι Οδηγίες αυτές αποτελούν **ενδεικτικό μεθοδολογικό υπόδειγμα**. Εφόσον οι διενεργούντες την κοστολόγηση κρίνουν ότι θα έχουν ποιοτικά καλύτερα αποτελέσματα με άλλες μεθόδους προσδιορισμού και επιμερισμού του κόστους, είναι ελεύθεροι να τις ακολουθήσουν, υπό την προϋπόθεση ότι έχει ελεγχθεί η επιστημονική τους ορθότητα.

## **ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΚΟΣΤΟΥΣ**

Στη συνέχεια καταχωρούνται οι Συντελεστές Κόστους που πρέπει οπωσδήποτε να μετρηθούν και να συμπεριληφθούν σε κάθε κοστολόγηση Ιατρικού Τμήματος ή Μονάδας. Οι διενεργούντες την κοστολόγηση μπορούν – κατά την κρίση τους – να προσθέσουν συντελεστές, κάνοντας σχετική **ειδική μνεία** στο κείμενο της εργασίας τους. **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Για αρκετούς συντελεστές κόστους είναι εύκολος ο απ' ευθείας υπολογισμός σε ετήσια βάση (π.χ. Μισθοδοσία Προσωπικού, Πάγιες Εγκαταστάσεις, Γενικά Έξοδα κλπ.). Όμως, σε μερικές περιπτώσεις (Φάρμακα και Συναφή, Υγειονομικό Υλικό κλπ.) πρέπει να γίνει λεπτομερής καταγραφή σε μηνιαία βάση και στη συνέχεια αναγωγή του κόστους σε ετήσια βάση. Στις περιπτώσεις αυτές, η καταγραφή **δεν πρέπει να γίνει τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο, Δεκέμβριο, Ιανουάριο** (διότι δεν θεωρούνται αντιπροσωπευτικοί της μέσης κατανάλωσης). Αντίθετα, οι μήνες **Οκτώβριος και Μάρτιος** μπορούν να θεωρηθούν ως

αντιπροσωπευτικοί της μέσης ετήσιας κατανάλωσης και να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό του ετήσιου κόστους αυτών των συντελεστών (με πολλαπλασιασμό x12).

Οι υποχρεωτικοί Συντελεστές Κόστους είναι οι ακόλουθοι:

**1. Μισθοδοσία και Πρόσθετες Αμοιβές Προσωπικού**

Υπολογίζονται οι συνολικές μεικτές ετήσιες αποδοχές Ειδικευμένων και Ειδευόμενων Ιατρών, Νοσηλευτικού Προσωπικού, Τεχνολόγων, Παρασκευαστών, Γραμματέων, Τραπεζοκόμων, Καθαριστών κλπ. που ασχολούνται πλήρως στο Τμήμα. Συνυπολογίζεται το κόστος των Εφημεριών του Ιατρικού Προσωπικού και οι ενδεχόμενες υπερωρίες των υπολοίπων εργαζομένων του Τμήματος.

Υπολογίζεται επίσης το μέρος που αναλογεί των μικτών ετήσιων αποδοχών του προσωπικού που απασχολείται μερικώς στο Τμήμα (π.χ. Φυσικοθεραπευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Διαιτολόγοι κλπ.) καθώς επίσης και οι αμοιβές των Αποκλειστικών Αδελφών που διατίθενται σε ασθενείς του Τμήματος.

**2. Αναλώσιμο Υγειονομικό, Επιδεσμικό κλπ. Νοσοκομειακό Υλικό**

Υπολογίζεται το κόστος του, πάσης φύσης, Νοσοκομειακού Υλικού (υγειονομικού, επιδεσμικού κλπ.) που καταναλώνεται στο Τμήμα.

**3. Φάρμακα και Συναφή Αναλώσιμα**

(μόνο Κλινικά Τμήματα)

Υπολογίζεται το κόστος του συνόλου των φαρμάκων και συναφών (π.χ. παρεντερική διατροφή, οξυγόνο κλπ.) που χορηγούνται στους ασθενείς του Τμήματος.

**4. Αντιδραστήρια και Συναφή Αναλώσιμα**

(μόνο Εργαστηριακά Τμήματα)



Υπολογίζεται το κόστος του συνόλου των αντιδραστηρίων και συναφών (π.χ. υγρά, films κλπ.) που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή εργαστηριακών εξετάσεων.

#### **5. Εργαστηριακές – Παρακλινικές Εξετάσεις – Θεραπείες**

(μόνο Κλινικά Τμήματα)

Υπολογίζεται το κόστος του συνόλου των, πάσης φύσης, εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων και θεραπειών που εντέλλονται και διενεργούνται για νοσηλευόμενους ασθενείς του Τμήματος, είτε στα Εργαστήρια του Η - ΚΑΤ, είτε σε Ιδιωτικά Εργαστήρια (περιλαμβάνονται αξονικές – μαγνητικές τομογραφίες κλπ.).

#### **6. Υλικά Τοποθετούμενα στο Σώμα Ασθενών**

(μόνο Κλινικά Τμήματα)

Υπολογίζεται το κόστος του συνόλου των, πάσης φύσης, υλικών που τοποθετούνται στο σώμα ασθενών του Τμήματος (ορθοπεδικό, αγγειοχειρουργικό, οφθαλμολογικό, καρδιολογικό κλπ. υλικό).

#### **7. Τροφοδοσία και Ιματισμός Ασθενών – Προσωπικού**

Υπολογίζεται το κόστος του συνόλου της διατροφής (πρωινό – δεκατιανό – γεύμα – δείπνο) που προσφέρεται στους ασθενείς του Τμήματος και στο εφημερεύον ιατρικά προσωπικό.

Επίσης, υπολογίζεται το κόστος του συνόλου του ιματισμού (σεντόνια, υποσέντονα, μαξιλαροθήκες κλπ.) που αναλώνεται για τους ασθενείς του Τμήματος, αλλά και για το πάσης φύσης προσωπικό (Στολές) που εργάζεται στο Τμήμα.

#### **8. Απόσβεση Αξίας Μηχανημάτων και Συσκευών**

Για λόγους απλοποίησης των υπολογισμών γίνεται θεωρητικά δεκτό ότι η μέση διάρκεια ζωής και χρήσης των, πάσης φύσης, νοσοκομειακών μηχανημάτων και συσκευών ανέρχεται σε οκτώ (8) έτη. Επομένως, υπολογίζεται ως συντελεστής ετήσιου κόστους ποσοστό 12,5% της αξίας αντικατάστασης κάθε μηχανήματος που χρησιμοποιείται στο Τμήμα (π.χ.

εάν η αξία ενός καινούριου βιοχημικού αναλυτή είναι σήμερα 10 εκατ. δρχ., υπολογίζουμε ότι κάθε χρόνο το κόστος του Τμήματος επιβαρύνεται με 1.250.000 δρχ. από την απόσβεση του αναλυτή που έχουμε και χρησιμοποιούμε).

#### **9. Συντήρηση – Επισκευή – Ανταλλακτικά Μηχανημάτων**

Υπολογίζεται το κόστος των, πάσης φύσης, συντηρήσεων και επισκευών που πραγματοποιούνται ετησίως, κατά μέσο όρο στα μηχανήματα του Τμήματος.

Επίσης, υπολογίζεται το ετήσιο κόστος, κατά μέσο όρο, των, πάσης φύσης ανταλλακτικών και αναλώσιμων που καταναλώνονται για την ομαλή λειτουργία των μηχανημάτων.

#### **10. Γενικά Έξοδα Λειτουργίας**

Υπολογίζεται το κόστος των ειδών καθαριότητας και απολύμανσης, γραφικών κλπ. που καταναλώνονται στο Τμήμα, καθώς επίσης και οι λογαριασμοί ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, (πλήρως ή κατ' αναλογία) που βαρύνουν το Τμήμα.

Σε περίπτωση που η καθαριότητα του Τμήματος έχει αναληφθεί από εξωτερικό ιδιωτικό συνεργείο, υπολογίζεται το μέρος της αμοιβής του που αναλογεί στο κοστολογούμενο Τμήμα (αναλογία τετραγωνικών μέτρων σε σχέση με το σύνολο της καθαριζόμενης επιφάνειας). Ανάλογος επιμερισμός γίνεται και σε άλλες περιπτώσεις προμήθειας υπηρεσιών από εξωτερικούς εργολάβους.

#### **11. Απόσβεση Παγίων Εγκαταστάσεων**

Για λόγους απλόποιησης των υπολογισμών γίνεται θεωρητικά δεκτό ότι η μέση διάρκεια εκμετάλλευσης των, πάσης φύσης, νοσοκομειακών κτιρίων ανέρχεται σε πενήντα (50) έτη. Επομένως, υπολογίζεται ως συντελεστής ετήσιου τεκμαρτού κόστους λειτουργίας του Τμήματος ποσοστό 2% της αντικειμενικής αξίας ( των τετραγωνικών μέτρων που χρησιμοποιούνται από το Τμήμα), όπως προσδιορίζεται από τη φορολογική

αρχή στην περιοχή του νοσοκομείου. Αν δεν έχει προσδιοριστεί αντικειμενική αξία, ο υπολογισμός αυτού του συντελεστή γίνεται από τους διενεργούντες την κοστολόγηση.

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Τονίζεται ότι οι παραπάνω συντελεστές κόστους έχουν καταγραφεί ως **ενδεικτικό μεθοδολογικό υπόδειγμα** και οι διενεργούντες την κοστολόγηση είναι ελεύθεροι να προσθέσουν άλλους συντελεστές, εφόσον αιτιολογούν επαρκώς την τροποποίηση.

# ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

*Γ' Παθολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ  
Αθηνών*

**Σκοπός:** Ο υπολογισμός της δαπάνης λειτουργίας του Γ' Παθολογικού Τμήματος του Π.Γ.Ν.Α. για ένα μήνα ( 29/8-29/9/94) και οι σχετικοί προβληματισμοί επ'αυτού.

**Υλικό:** 145 ασθενείς (71 άνδρες και 74 γυναίκες) ηλικίας 17-96 ετών (μέση ηλικία 59,4+/-20 έτη). Χρόνος νοσηλείας 1-30 ημέρες (μέσος χρόνος νοσηλείας 7,2+/-5,4). Θάνατοι 9 (ποσοστό 6,2%). Τα νοσήματα κατά σειρά συχνότητας ήταν: ΑΕΕ 24 (16,6%), Γαστρορραγία 18(12,4%), Διάφοροι καρκίνοι . 14 (9,7%), Γαστρεντερίτιδα 9 (6,2%), Εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας 8(5,5%) κ.α.

**Μέθοδοι:** Στους 145 ασθενείς πραγματοποιήθηκαν 4.476 εργαστηριακές εξετάσεις:

Α' Αίματος,	συνολικού κόστους	5.161.380 δρχ.
Β' Ούρων, κλπ.	__»__	362.960 δρχ.
Γ' Ακτινολογικές	__»__	1.007.560 δρχ.
Δ' Διάφορες,	__»__	784.620 δρχ.

Χρησιμοποιήθηκαν 184 φαρμακευτικά είδη.

**Αποτελέσματα:** Το κόστος των παντός είδους εργαστηριακών εξετάσεων και πράξεων συνολικά ανήλθε στις 7.316.520 δρχ. Η αναλογία ανά ασθενή ήταν 31,5 εξετάσεις και η δαπάνη 51.525 δρχ.

Συνολικό κόστος φαρμακευτικού υλικού 4.794.000 δρχ.

Λειτουργικά έξοδα:            Α' Έξοδα μισθών προσωπικού 11.894.152  
δρχ.

   Β' Λοιπά έξοδα Τμήματος (Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, μάσκες, γραφικά, απόσβεση μηχανημάτων, ΔΕΗ κλπ.) 2.521.022 δρχ.

Συνοπτικά , το συνολικό ύψος των δαπανών του Τμήματος ανήλθε στις 26.521.022 δρχ, με ημερήσιο κόστος λειτουργίας ανά ασθενή 25.408 δρχ. και συνολικό κόστος νοσηλείας 182.936 δρχ. ανά ασθενή.

**Σχόλια:** Η διάρκεια νοσηλείας μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική, όμως η διαγνωστική φάση θα πρέπει να βραχυνθεί με την ελάττωση της καθυστέρησης εκτέλεσης των διαφόρων εξετάσεων, καθώς και τον περιορισμό περιττών εξετάσεων. Η ελλιπής στελέχωση των Επαρχιακών Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, η έλλειψη ξενώνων πλησίον του νοσοκομείου προς φιλοξενία ασθενών, η μή κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία της προληπτικής ιατρικής και η μή ύπαρξη μαθήματος διδασκαλίας Ιατρικής Οικονομίας αυξάνουν το κόστος.

**Συμπέρασμα:** Το κόστος λειτουργίας των Παθολογικών Τμημάτων των Νοσοκομείων, που προσφέρουν τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ υψηλό και πολύ μεγαλύτερο του επίσημου ημερήσιου νοσηλίου που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία στο νοσοκομείο. Η άσκοπη πολυφαρμακία επαυξάνει το κόστος, όπως και ο μή συντονισμός στην επιλογή και εκτέλεση των ιατρικών πράξεων. Για να μειωθεί το κόστος, θα πρέπει να αποφεύγεται η πολυφαρμακία, όπως επίσης να γίνεται καλύτερος συντονισμός στην επιλογή και εκτέλεση των ιατρικών πράξεων, χωρίς βέβαια να αποβαίνουν αυτά σε βάρος των ασθενών. Επίσης, θα χρειαστεί η αναπροσαρμογή του νοσηλίου Γ' θέσης που καλύπτει το 61% του κόστους λειτουργίας του Τμήματός μας.

# ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

## ΚΟΣΤΟΛΟΓΙΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Με δεδομένα Μαΐου 1994

<u>Α/Α</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>	<u>1995</u>	<u>1998</u>
1.	Δύο φυσιολογικοί όροι των 1000ml	750	1.000
2.	Δύο συσκευές ορών	200	300
3.	2,5cc ηπαρίνη	310	378
4.	Δύο σύριγγες των 2,5cc και δύο των 20cc	80	105
5.	Υγειονομικό υλικό	400	750
6.	Υγειονομικό υλικό	410	520
7.	Απολυμαντικά μηχανημάτων	700	880
8.	Ιματισμός	260	350
9.	Κόστος απιονισμένου νερού	170	300
10.	Διάφορα φάρμακα	220	300
11.	Κόστος παρακλινικών εξετάσεων	150	210
12.	Αμοιβές νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού	3.103	7.680
13.	Αμοιβές διοικητικού προσωπικού	160	280
14.	Αναλογία ενοικίου	133	373
	<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b> .....	<b>7.046</b>	<b>13.426</b>

Στην ανωτέρω κοστολόγηση δεν έχουν υπολογισθεί:

- α) Αποσβέσεις μηχανημάτων
- β) Service και ανταλλακτικά μηχανημάτων
- γ) Γενικά έξοδα

Ύστερα από σύντομη (λόγω του περιορισμένου χρόνου) διερεύνηση του όλου θέματος διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

χρησιμοποιούμενου τύπου φίλτρου), των βελονών Fistula (2Χ450 δραχ. =900 δραχ. περίπου ανά συνεδρία) και των διπτανθρακικών διαλυμάτων (περίπου 3.150 δραχ.). Δηλαδή, η συνολική επιβάρυνση των Ασφαλιστικών Ταμείων, ανά συνεδρία αιμοκάθαρσης, κυμαίνεται από 25.390 δραχ. (στην φθηνότερη περίπτωση) μέχρι 59.947 δραχ.

2. Όπως προκύπτει από το (αριθμός – ημερομηνία) έγγραφο της (κρατικής υπηρεσίας) μία ιδιωτική κλινική απαίτησε, πέραν των ως άνω ποσών, να της καταβάλλεται, ανά συνεδρία, ημερήσιο νοσήλιο ΒΑ θέσης (11.500 δραχ.) και εφάπαξ ποσόν εισόδου (5.000 δραχ.).

3. Εξ' άλλου, με το (αριθμός – ημερομηνία) έγγραφο της (ενδιαφερόμενης ένωσης) προς το ΥΥΠΚΑ υποβάλλεται το αίτημα αναπροσαρμογής του Τιμολογίου Αιμοκάθαρσης στο ύψος του εκάστοτε ισχύοντος κλειστού νοσηλίου. Για τη στήριξη του αιτήματος, μάλιστα, η (ενδιαφερόμενη) υπέβαλε και «Κοστολόγιο Αιμοκάθαρσης» (με δεδομένα Μαΐου 1994) και με συγκριτικές τιμές 1991 και 1994, ισχυριζόμενη ότι το κόστος αυτό ανερχόταν το 1991 σε 7.046 δραχ. (οπότε και καθορίσθηκε το τιμολόγιο των 7.440 δραχ.) και το 1994 σε 13.426 δραχ. (γι' αυτό και ζητεί την αναπροσαρμογή του Τιμολογίου).

4. Επίσης, η ενδιαφερόμενη επικαλείται μία αμφιλεγόμενη (εκ μέρους του ΥΥΠΚΑ) γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, προκειμένου να αναγνωρισθεί ότι η πεντάωρη παραμονή του ασθενούς στην πολυθρόνα της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού εξομοιώνεται (για λόγους κοστολόγησης) με πλήρη ημερήσια νοσηλεία, ώστε να τεκμηριώσει την καταβολή του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου. Είναι, όμως, προφανές ότι ο ισχυρισμός αυτός δεν μπορεί να γίνει δεκτός, αφού ο υπό αιμοκάθαρση ασθενής δεν επιβαρύνει το νοσηλευτικό ίδρυμα με έξοδα διατροφής, κλινοστρωμνής, 24ωρης βάρδιας προσωπικού για τη νοσηλεία του, γενικών εξόδων λειτουργίας κλπ.

5. Ακόμη, από μια πρόχειρη διερεύνηση ορισμένων στοιχείων κόστους που παραθέτει η (ενδιαφερόμενη) για το 1994 προκύπτει, π.χ. ότι α) ο φυσιολογικός όρος των 1.000ml κοστίζει (1995) **300 δρχ.** και εμφανίζεται υπερτιμημένος κατά 67%, β) η συσκευή ορού κοστίζει (1995) **108 δρχ.** και εμφανίζεται υπερτιμημένη κατά 39%, γ) τα 2,5cc βασικής ηπαρίνης (που χρησιμοποιούν οι ιδιωτικές κλινικές) κοστίζουν (1995) 212 δρχ. και εμφανίζεται υπερτιμημένη κατά **78% κλπ.**

Να σημειωθεί ότι οι παραπάνω τιμές προέρχονται από **κρατικά Νοσοκομεία** και είναι προφανώς **αυξημένες** σε σχέση με αυτές που μπορούν να επιτύχουν, λόγω της ευελιξίας τους, οι **ιδιωτικές κλινικές.**



# ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

## ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

1. Δεν υφίσταται επιστημονικός ή πρακτικός λόγος κοστολόγησης ανά αρτηρία, ενώ, αντιθέτως διαπιστώθηκε ότι ο ειδικευμένος ιατρός που ζητεί τη διενέργεια αγγειογράφος επιθυμεί να μελετήσει **συνολικά** ένα όργανο ή ένα συνδυασμό οργάνων (ανεξαρτήτως αριθμού αρτηριών) κι' επομένως η **κοστολόγηση πρέπει να γίνει κατά όργανο ή συνδυασμό οργάνων.**

2. Η προκλητή ζήτηση (κατευθυνόμενη συνταγογραφία) της συγκεκριμένης εξέτασης, που είναι εκτεταμένη, με αποτέλεσμα την αναίτια επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, μπορεί να ελεγχθεί μόνον εφόσον ορισθούν οι ειδικότητες ιατρών που νομιμοποιούνται να παραγγείλουν την εκτέλεση κάθε συγκεκριμένου είδους (οργάνου ή συνδυασμού) αγγειογραφίας.

3. Δεν υφίσταται λόγος συνέχισης του διαχωρισμού της χρέωσης του **σκιαγραφικού υλικού**, αλλά η αξία του πρέπει να **ενσωματωθεί** στο κοστολόγιο (αμοιβή) της αγγειογραφίας.

4. Ειδικά για τις **ενδαρτηριακές** ψηφιακές αγγειογραφίες, τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να καταβάλουν στο νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο θα **διανυκτερεύσει** ο ασθενής το αντίστοιχο ημερήσιο νοσήλιο (στο οποίο **περιλαμβάνεται** η αξία των αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων και συγκεκριμένα Ακτινογραφίας Θώρακος, Ηλεκτροκαρδιογραφήματος,

Γενικής Αίματος, Ουρίας – Σακχάρου και Χρόνου Προθομβίνης). Επιπλέον θα καταβάλλεται το εφάπαξ ποσό εισαγωγής των 5.000 δρχ.

5. Μετά την υιοθέτηση της κοστολόγησης που αναλύεται στη συνέχεια, οι ασφαλιστικοί φορείς δεν πρέπει να δικαιούνται να ζητούν την παροχή εκπτώσεων, τόσο για εξωτερικούς, όσο και για εσωτερικούς ασθενείς.

## **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ**

### **ΑΠΟΣΒΕΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ**

Η μεγάλη πλειοψηφία των αγγειογράφων που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα σήμερα είναι πετपालιωμένοι και έχουν αποσβεστεί πλήρως προ πολλών ετών. Αν και δεν θα έπρεπε, επομένως, να συνυπολογιστεί απόσβεση εξοπλισμού, εκτιμάται κατ' επιείκεια, ότι θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα σχηματισμού κεφαλαίου για την αντικατάσταση των πετपालιωμένων μηχανημάτων ή την εξόφληση δανείων για τον ίδιο σκοπό. Το ποσό που πρέπει ν' αναγνωριστεί γι αυτόν τον συντελεστή κόστους ανέρχεται, ανά ενδαρτηριακή αγγειογραφία, στις 10.000 δρχ.

### **ΑΜΟΙΒΕΣ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Πλην την ιατρικής αμοιβής, η αγγειογραφία επιβαρύνεται με την αμοιβή του παραϊατρικού προσωπικού, η οποία ανέρχεται συνολικά, κατά πράξη, στις 4.800 δρχ.

### **ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΛΙΚΑ**

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται για την αγγειογραφία και το κόστος εκάστου, κατά πράξη, έχουν ως εξής:

**α. Θηκάρι:** Το συγκεκριμένο είδος, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα, χρησιμοποιείται στο 50% των περιπτώσεων. Το μέσο κόστος στην αγορά ανέρχεται σε 9.000 δρχ. κατά τεμάχιο κι επομένως η επιβάρυνση, ανά αγγειογραφία, ανέρχεται στις **4.500 δρχ.**

**β. Οδηγό Σύρμα:** Χρησιμοποιούνται σύρματα διαφόρων ποιοτήτων, συνήθως πολύ φθηνά, και ακριβότερα σ' ένα ελάχιστο ποσοστό (μικρότερο του 5%) των αγγειογραφιών. Η επιβάρυνση (μέσο κόστος), ανά αγγειογραφία, δεν υπερβαίνει τις **4.000 δρχ.**

**γ. Καθετήρας:** Το συγκεκριμένο είδος, τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα επαναχρησιμοποιείται, μετά από αποστείρωση (όπως δέχεται και η υπ' αριθμ. 3690/11-5-94 απόφαση της Ε.Ε. του ΚΕΣΥ). Οι τιμές των καθετήρων ποικίλουν, αλλά η μέση τιμή στην αγορά ανέρχεται σε 7.000 δρχ. ανά τεμάχιο. Ακόμη και αν γίνει δεκτό ότι έκαστος καθετήρας χρησιμοποιείται μόνο για δύο (2) αγγειογραφίες, το μέσο κόστος, ανά πράξη, δεν υπερβαίνει τις **3.500 δρχ.**

**δ. Σκιαγραφικό Υγρό:** Χρησιμοποιούνται υγρά διαφόρων ειδών και τιμών, ενώ υπάρχει και μεγάλη διαφορά της αναγκαίας ποσότητας, ανά είδος αγγειογραφίας. Το μέσο κόστος της μέσης ποσότητας που απαιτείται, ανά πράξη, ανέρχεται σε **12.000 δρχ.**

**ε. Films και Συναφή:** Το κόστος των υλικών αυτών ανέρχεται, ανά αγγειογραφία, σε **2.500 δρχ.** περίπου.

**στ. Υγειονομικό Υλικό:** Τα διάφορα αναλώσιμα (γάζα, λευκοπλάστ, κλπ.) κοστίζουν λιγότερο από 1.000 δρχ. ανά πράξη.

### **ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΟΙΒΗ**

Για τον αγγειοακτινολόγο που θα εκτελέσει και θα διαγνώσει την αγγειογραφία, αλλά και για τον αναισθησιολόγο που, ενδεχομένως, θα καλύψει πιθανό σύμβαμα κατά τη διάρκεια της εξέτασης, πρέπει να υπολογιστεί αμοιβή ύψους 20% του αθροίσματος των υπολοίπων

(παραπάνω) συντελεστών κόστους. ( $42.300 \cdot 20\% = 8.460$ ). Για λόγους στρογγυλοποίησης, η ιατρική αμοιβή υπολογίζεται σε **8.700 δρχ.**

### **ΓΕΝΙΚΑ ΕΞΟΔΑ – ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΑ**

Τα πάσης φύσεως γενικά έξοδα που αναλογούν σε ένα Εργαστήριο Αγγειογραφίας (ενδεχόμενο ενοίκιο ή απόσβεση αξίας ακίνητου, λογαριασμοί ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, καθαριότητας κλπ.) και τα ενδεχόμενα απρόβλεπτα έξοδα, επιμεριζόμενα ανά αγγειογραφία, είναι πολύ λιγότερα από **5.000 δρχ.**

### **ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΚΕΡΔΟΣ**

Ως λογικό επιχειρηματικό κέρδος που πρέπει να ενσωματωθεί στην τιμή της αγγειογραφίας γίνεται δεκτό ποσοστό 15% επί όλων (παραπάνω) των συντελεστών κόστους ( $56.000 \cdot 15\% = 8.400$ ). Για λόγους στρογγυλοποίησης το επιχειρηματικό κέρδος υπολογίζεται σε **9.000 δρχ.**

## **ΒΑΣΙΚΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Με βάση τα παραπάνω αναλυτικά στοιχεία, το βασικό τιμολόγιο της αγγειογραφίας διαμορφώνεται ως εξής:

1. ΑΠΟΣΒΕΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	10.000
2. ΑΜΟΙΒΕΣ ΠΑΡΑΪΑΤΡ.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	4.800
3. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ	27.500
α. Θηκάρι	4.500
β. Οδηγό Σύρμα	4.000
γ. Καθετήρας	3.500
δ. Σκιαγραφικό Υγρό	12.000
ε. Films και Συναφή	2.500
στ. Υγειονομικό Υλικό	1.000
4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΟΙΒΗ	8.700

5.	ΓΕΝΙΚΑ ΕΞΟΔΑ – ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΑ	5.000
6.	ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΚΕΡΔΟΣ	9.000
	<b>Σύνολο:</b>	<b>65.000</b>

Στη συνέχεια παρατίθεται η τυπική κατάταξη των Αγγειογραφικών Οργάνων ή Συνδυασμού Οργάνων που θα πρέπει να ισχύσει στο μέλλον ( με αναφορά των αρτηριών και φλεβών που περιλαμβάνονται στην κάθε περίπτωση).

Σε παρένθεση αναγράφονται οι ειδικότητες Ιατρών που νομιμοποιούνται να συνταγογραφούν κάθε είδος αγγειογραφίας, ώστε να ελεγχθεί η προκλητή ζήτηση και η άσκοπη επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων.

Τέλος, σημειώνεται το τιμολόγιο που πρέπει να ισχύσει σε κάθε περίπτωση (**βασικό ή ειδικό Τιμολόγιο**), λόγω των ειδικών επιβαρύνσεων που προκύπτουν σε ορισμένες περιπτώσεις:

### **A. ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ**

(1) Εγκέφαλος – Τράχηλος (Νευροχ-γοί, Νευρολόγοι, Αγγειοχ/γοί)  
Αορτικό τόξο, Κοινές καρωτίδες έσω και έξω, Σπονδυλικές αρτηρίες,  
Υποκλείδιες αρτηρίες

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(2) Νεφροί (Παθολόγοι , Νεφρολόγοι, Ουρολόγοι, Αγγειοχ/γοί,  
Καρδιολόγοι)

Κοιλιακή αορτή, αριστερή και δεξιά νεφρική αρτηρία

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(3) Επινεφρίδια (Παθολόγοι, Νεφρολόγοι, Ουρολόγοι, Αγγειοχ/γοί, Καρδιολόγοι)

Κοιλιακή αορτή, δεξιά και αριστερή επινεφριδική αρτηρία

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(4) Ήπαρ, Σπλήνα, Πάγκρεας (Γαστρεντερολόγοι, Παθολόγοι, Ογκολόγοι, Γενικοί Χειρουργοί)

Κοιλιακή αορτή, Ηπατική αρτηρία, Αριστερή Γαστρική Αρτηρία, Σπληνική Αρτηρία, Άνω μεσεντέριος φλέβα, Άνω μεσεντέριος αρτηρία, Σπληνική φλέβα, Πυλαία φλέβα.

***ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση του αναλώσιμου υλικού κατά 5.000 δρχ. και της Ιατρικής αμοιβής κατά 3.000 δρχ.*

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 73.000**

(5) Λεπτό και Παχύ Έντερο (Παθολόγοι, Γαστρεντερόλογοι, Γεν. Χειρουργοί ) Κοιλιακή αορτή , Άνω και Κάτω μεσεντέριος αρτηρία

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(6) Λήψη Ρενίνης (Παθολόγοι, Γαστρεντερόλογοι, Γεν. Χειρουργοί ) Κάτω κοίλη φλέβα, αριστερή και δεξιά νεφρική φλέβα

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(7) Άνω Άκρο (Ορθοπεδικοί, Γεν. Χειρουργοί, Αγγειοχ/γοί, Νευροχ/γοί, Θωρακοχειρουργοί)

Αορτικό τόξο, Υποκλείδιος αρτηρία, Μασχαλιαία αρτηρία, Βραχιόνιος αρτηρία και Ωλένιος αρτηρία, Κερκιδική αρτηρία, Άκρας Χειρός

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

(8) Κοιλιακή αορτή, Διχασμός (Αγγειοχ/γοί, Ορθοπεδικοί, Ουρολόγοι, Γεν. Χειρουργοί) Λαγόνιες αρτηρίες, Μηριαίες αρτηρίες, Ιγνυακές αρτηρίες, Άκρου Ποδός

**ΒΑΣΙΚΗ ΤΙΜΗ : 65.000**

### **B. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΩΝ**

(1) Νεφροί, Επινεφρίδια (Παθολόγοι, Νεφρολόγοι, Καρδιολόγοι, Αγγειοχ/γοί, Ουρολόγοι)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 25%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 81.000**

(2) Τράχηλος, Ένα άνω άκρο (Αγγειοχ/γοί, Νευροχ/γοί, Ορθοπεδικοί, Γεν. Χειρουργοί)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 20%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 78.000**

(3) Τράχηλος, Δύο άνω άκρα (Αγγειοχ/γοί, Νευροχ/γοί, Ορθοπεδικοί, Γεν. Χειρουργοί)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 30%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 85.000**

(4) Εγκέφαλος, Τράχηλος, Κοιλιακή αορτή, Διχασμός (Αγγειοχειρουργοί)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 30%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 85.000**

(5) Δύο άνω άκρα (Ορθοπεδικοί, Γεν Χειρουργοί, Αγγειοχ/γοί, Νευροχ/γοί, Θωρακοχειρουργοί)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 20%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 78.000**

(6) Νεφρός, Κοιλιακή αορτή, Διχασμός (Νεφρολόγοι, Αγγειοχ/γοί)

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:** Δικαιολογείται προσαύξηση όλων των συντελεστών κόστους κατά 20%.

**ΕΙΔΙΚΗ ΤΙΜΗ: 78.000**

### **Γ. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΕΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Όλες οι παραπάνω εξετάσεις οργάνων ή συνδυασμών οργάνων εφόσον εκτελούνται με τη μέθοδο της ενδοφλέβιας ψηφιακής αγγειογραφίας πρέπει να κοστολογηθούν αντί **35.000** € (ανεξαρτήτως οργάνων ή συνδυασμών οργάνων).



# ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

## ΜΕ LASER

### Πρώτη Πρόταση

Η προστατεκτομή με LASER θα πρέπει να κοστολογηθεί με βάση:

α) Το κόστος λειτουργίας, συντήρησης και απόσβεσης της συσκευής LASER που ανέρχεται στο ποσόν των 120.000 δρχ. περίπου και

β) Τον καθορισμό της αμοιβής ιατρικής πράξης του ιατρού Ουρολόγου, η οποία λογικά θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 40.000 έως 50.000 δρχ. ανά προστατεκτομή.

Τέλος για το αναλώσιμο υλικό **δεν είναι δυνατόν να γίνει πρόβλεψη** λόγω του ότι η τεχνολογία εξελίσσεται ραγδαίως και επομένως τα έξοδα θα ποικίλουν από έτος σε έτος.

### Δεύτερη Πρόταση

Το συνολικό κόστος της αφαίρεσης του προστάτη με laser, πρέπει να υπολογίζεται στις 100.000 με 120.000 δρχ. Στο κόστος αυτό, που αφορά την πράξη αυτή καθ' εαυτή της διουρηθρικής των laser, **πρέπει να προστεθεί** το κόστος του αναλώσιμου υλικού, δηλαδή των ινών βάσει τιμολογίου.

## ΕΙΣΗΓΗΣΗ

1. Η κοστολόγηση της ιατρικής πράξης «Διουρηθρική Προστατεκτομή με LASER οδηγούμενη από υπέρηχο» **πρέπει να συμπεριλάβει και τα αναλώσιμα υλικά** δεδομένου ότι οι ίνες δεν είναι μιας χρήσης κι επομένως στην ιατρική πράξη πρέπει να επιμερισθεί το μέρος του κόστους της ίνας που βαρύνει κάθε μεμονωμένη θεραπευτική επέμβαση (πράξη). Επιπλέον, η πολλαπλότητα χρήσης των ινών εξαρτάται από το είδος τους: α) η πλάγια ίνα χρησιμοποιείται, κατά μέσον όρο, για την διεκπεραίωση τεσσάρων (4) περιστατικών (μικροί προστάτες) και β) η ενδοϊστική (με βελόνη) για την διεκπεραίωση, κατά μέσον όρο, δύο (2) περιστατικών (μεγάλοι προστάτες). Και τα δύο είδη ινών έχουν την αυτή τιμή.

2. Η παραμονή του ασθενούς στο νοσηλευτήριο κυμαίνεται από 6 έως 24 ώρες. Επομένως, θα πρέπει να δικαιολογείται **νοσήλιο μιας (1) ημέρας**. Ενδεχόμενη νοσηλεία πέραν της μιας (1) ημέρας πρέπει να αιτιολογείται με πλήρη και λεπτομερή ιατρική αναφορά των λόγων.

3. Τα στοιχεία κόστους της ιατρικής πράξης είναι τα ακόλουθα:

α) Το κόστος αγοράς του μηχανήματος (συσκευής) είναι μικρότερο των **20.000.000 δρχ. συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ**. Η διάρκεια ζωής του μηχανήματος είναι τουλάχιστον δέκα (10) έτη. Δεδομένου ότι η θεραπευτική επέμβαση διαρκεί 20-30 λεπτά της ώρας, συνολικά, μπορούν θεωρητικά να διεκπεραιωθούν, **ανά οκτώωρο** εργασίας, τουλάχιστον **16** περιστατικά. Για την κοστολόγηση, ωστόσο, πρέπει να γίνει δεκτό ότι θα διεκπεραιώνονται **έξι (6)** περιστατικά ημερησίως ή 1.380 περιστατικά ετησίως. Εξ' άλλου, το κόστος συντήρησης ανέρχεται σε 8% της αξίας κτήσης, ετησίως. Με αυτά τα δεδομένα, το συνολικό κόστος του πάγιου εξοπλισμού, ανά πράξη, είναι μικρότερο των **3.000δρχ.**

β) Η αξία της ίνας και του πρίσματος (περιλαμβανομένου του ΦΠΑ) είναι μικρότερη των **290.000 δρχ.** Στην περίπτωση της πλάγιας ίνας η επιβάρυνση ανά πράξη ανέρχεται σε **72.000δρχ.** και στην περίπτωση της ενδοιστικής (με βελόνη) ανέρχεται σε **145.000 δρχ.** Το κόστος του υπόλοιπου αναλώσιμου υλικού (καθετήρας, set υπερηβικής κλπ.) είναι μικρότερο των **7.500 δρχ.**

γ) Το κόστος εργασίας (περιλαμβανομένης, κατά κύριο λόγο, της ιατρικής αμοιβής), για επέμβαση τόσο μικρής διάρκειας, δεν μπορεί να υπολογισθεί σε ποσό μεγαλύτερο των **25.000 δρχ.**

δ) Τα πάσης φύσεως γενικά έξοδα υπολογίζονται σε **1.000 δρχ.** ανά πράξη.

ε) Το επιχειρηματικό κέρδος καθορίζεται σε ποσοστό **15%** επί του συνόλου των προηγούμενων συντελεστών κόστους.

# **Α' ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

# Μέθοδοι Αποζημίωσης και

## Χρηματοδότησης Των Προμηθευτών

### 2.1 Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Εκτός από το κρίσιμο πρόβλημα της εξεύρεσης της κατάλληλης μεθόδου που οδηγεί στην άντληση των αναγκαίων κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος, ένα άλλο ουσιαστικό ζήτημα είναι η μέθοδος αποζημίωσης – χρηματοδότησης του ιατρικού σώματος και των νοσοκομείων. Αν και οι υφιστάμενες μέθοδοι σε αρκετές περιπτώσεις συναρτώνται με τον τρόπο που έχει επιλέξει η κάθε χώρα για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού της συστήματος, τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για τον έλεγχο των δαπανών υγείας (cost – containment), έχουν φέρει στο προσκήνιο τουλάχιστον για το νοσοκομειακό τομέα κοινές πολιτικές, που επιχειρούν να συνδυάσουν την οικονομική αποδοτικότητα (efficiency) με τη διαχειριστική αποτελεσματικότητα (effectiveness). Με άλλα λόγια, ο τρόπος της χρηματοδότησης των προμηθευτών των υγειονομικών υπηρεσιών, επιχειρείται να συνδυασθεί και να συμπεριλάβει εκείνα τα στοιχεία της διαχειριστικής διαδικασίας (management), τα οποία θα συμβάλλουν στη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος με δεδομένους τους οικονομικούς πόρους.

Με βάση το παραπάνω πλαίσιο, θα επιχειρηθεί να αναλυθεί ο τρόπος αποζημίωσης του ιατρικού προσωπικού, που κρίνεται καθοριστικός στην παραγωγή και κατανάλωση των υπηρεσιών και να ερευνηθούν οι σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα, υπό το πρίσμα των κριτηρίων της

αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ισότητας. Αν και σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει μια σύγκρουση στην προσπάθεια ταυτόχρονης ικανοποίησης των κριτηρίων, τα περισσότερα χρηματοδοτικά συστήματα επιδιώκουν και τους τρεις στόχους. Η επιτυχία ή αποτυχία είναι ένα ανοικτό ζήτημα και ο τελικός σκοπός της πολιτικής υγείας είναι να έχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα με τη μεγιστοποίηση των κριτηρίων.

## **2.2 Μέθοδοι Αποζημίωσης των Γιατρών**

Οι γιατροί αποτελούν τον κυρίαρχο παράγοντα σε κάθε υγειονομικό σύστημα. Οι αποφάσεις τους επηρεάζουν τόσο την προσφορά όσο και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Το τελευταίο υποδηλώνει, ότι οι μέθοδοι αμοιβής και αποζημίωσης θεωρούνται ως ένα σπουδαίο μέσο για τον επηρεασμό και διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους (Abel Smith, 1976). Με βάση τη θεωρία, η μέθοδος αποζημίωσης του γιατρού έχει ένα σημαντικό αποτέλεσμα και επιδρά στη συνολική του δραστηριότητα. Σύμφωνα με τους Maynard et al (1986) θεωρητικά μπορούν να βρεθούν οι παρακάτω πέντε (5) τρόποι αποζημίωσης, οι οποίοι εμπεριέχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

α) Αμοιβές με βάση τον αριθμό των ατόμων που εγγράφονται στον κατάλογο του (capitation payments)

β) Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service)

γ) Αποζημίωση με μισθό (salary)

δ) Ελεύθερη ιδιωτική πρακτική (free market)

ε) Ειδικές πληρωμές – συνδυασμός (α) έως (δ).

Περιληπτικά θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής: Η αποζημίωση των γιατρών με βάση τον αριθμό των εγγραφομένων, δίδει το δικαίωμα στα άτομα να επιλέγουν το γιατρό της αρεσκείας τους και ταυτόχρονα δίδει ένα

σημαντικό οικονομικό κίνητρο στους γιατρούς να αυξήσουν τον αριθμό των εγγραφομένων και να επιτύχουν υψηλότερα εισοδήματα. Από την άλλη πλευρά όμως, ο μεγάλος αριθμός του καταλόγου των εγγραφομένων δημιουργεί καθυστερήσεις και μειώνει το διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας και ίσως συμβάλλει σε περισσότερες παραπομπές σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία. Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση ενισχύει το δικαίωμα της επιλογής, ικανοποιεί πλήρως τις επαγγελματικές επιδιώξεις του ιατρικού σώματος, αλλά ίσως οδηγεί σε προκλητή υπερβάλλουσα ζήτηση. Από την άλλη πλευρά, η αποζημίωση με βάση πάγιο μισθό, μειώνει το κόστος ανά γιατρό και τις συνολικές δαπάνες υγείας, βοηθά στο μέσο / μακροπρόθεσμο προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, αλλά ταυτόχρονα ενέχεται για αγνόηση των οικονομικών κινήτρων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά με αποτέλεσμα την έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλίας.

Τέλος, η λειτουργία της αγοράς ελεύθερα χωρίς ρυθμίσεις ή περιορισμούς, οδηγεί σε αύξηση του όγκου των παραγομένων υπηρεσιών και διόγκωση των δαπανών, υψηλή επιβάρυνση του ατομικού εισοδήματος που φθάνει μέχρι την ακύρωση του δικαιώματος της ασφαλιστικής κάλυψης, γεγονός που πρέπει με κάθε τρόπο να αποφεύγεται, όπως θα δούμε στην περίπτωση της χώρας μας.

Στο σημείο αυτό, είναι αναγκαίο να τονισθεί, ότι δεν υπάρχει γενική συμφωνία ή αποδεικτική εμπειρική έρευνα που να οδηγεί σε ταυτόσημα συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση της μεθόδου αποζημίωσης στη χρησιμοποίηση των διατιθεμένων πόρων, στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και στο συνολικό παραγόμενο ιατρικό έργο.

Υπάρχουν μόνο κάποιες ισχυρές ενδείξεις, ότι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση σχετίζεται με την προκλητή ζήτηση (Evans, 1974; Rice, 1983) ή με υψηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής κατανάλωσης (Abel Smith, 1976). Επί πλέον έχει υποστηριχθεί ότι η αμοιβή κατά πράξη, συνδράμει στην αύξηση του αριθμού των γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό, γεγονός που

επιφέρει τελικά υψηλότερα επίπεδα χρησιμοποίησης υπηρεσιών στον πληθυσμό (Reinhardt, 1978). Σε μια αρκετά πρόσφατη διεθνή μελέτη που αφορά τον τρόπο αμοιβής των γιατρών σε ορισμένες χώρες του ΟΟΣΑ, που πραγματοποιήθηκε από τη Sandier (1989) σημειώνονται τα εξής κύρια ευρήματα:

- Το σύστημα και η μέθοδος χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα, παρά ο ιδιαίτερος τρόπος αποζημίωσης των γιατρών, φαίνεται να είναι ο σπουδαιότερος δυνατικός παράγων αναφορικά με την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και τα εισοδήματος των γιατρών.

- Εκτός από τις ΗΠΑ, όπου η δραστηριότητα του ιατρικού σώματος είναι ακόμα σε μεγάλη έκταση κάτω από τις δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς, οι ρυθμίσεις και περιορισμοί που έχουν εφαρμόσει οι υπόλοιπες χώρες (επιβαρύνσεις, έλεγχοι, συνολικοί προϋπολογισμοί υγείας) έχουν εξασφαλίσει ουσιαστικό έλεγχο στα συνολικά τους εισοδήματα.

- Ο αριθμός επισκέψεων ασθενών ανά γιατρό κατά κεφαλή πληθυσμού δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη μέθοδο της αποζημίωσης.

Τελικά, ως συμπέρασμα από την παραπάνω ανάλυση μπορεί να παρατεθεί το εξής απόσπασμα από τον Abel Smith (1976). «Δεν υπάρχει τέλειος τρόπος αποζημίωσης των γιατρών. Κάθε σύστημα αμοιβών μπορεί να έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα αναφορικά με τη χρήση πόρων, την ποιότητα και το χαρακτήρα της φροντίδας. Επί πλέον, ένα σύστημα το οποίο εργάζεται καλά σε μία χώρα μπορεί να αποδίδει άσχημα σε μία άλλη. Τα πάντα εξαρτώνται από τα υπάρχοντα πρότυπα της ιατρικής ηθικής και συμπεριφοράς και από το πόσο και πόσοι γιατροί ανταποκρίνονται στα ειδικά οικονομικά κίνητρα και τέλος από τον ορισμό του ιατρικού επαγγέλματος για την έννοια της καλής ιατρικής πράξης».

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι στα πλαίσια της εισαγωγής του ανταγωνισμού και της προώθησης της αποτελεσματικότητας στις



υπηρεσίες υγείας, προτάθηκε μία παραλλαγή του συστήματος της αμοιβής ανά κεφαλή (capitation). Η πρόταση οφείλεται στο Maynard (1986) και στηρίζεται στην εξής λογική του βρετανικού ΕΣΥ που έχει ως βάση παροχής το θεσμό του γενικού – οικογενειακού γιατρού. Τα άτομα ή οι οικογένειες θα μπορούν να επιλέγουν τον γιατρό τους (general practitioner), ο οποίος με τη σειρά του θα είναι υποχρεωμένος να τους παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας για ένα χρόνο. Ο γενικός γιατρός θα αμείβεται ανά κεφαλή, δηλαδή σύμφωνα με τον αριθμό των εγγραφομένων στο κατάλογό του και θα διαχειρίζεται ένα προϋπολογισμό για τους ασθενείς του (budget holder).

Η πιο πάνω ιδέα, σε συνδυασμό με άλλες προτάσεις για την εισαγωγή του ανταγωνισμού μέσω των εσωτερικών αγορών (internal markets) στο αγγλικό ΕΣΥ (Enthoven, 1985) έχει υιοθετηθεί από τη βρετανική κυβέρνηση και περιλαμβάνεται στις νέες διακηρύξεις για τις αλλαγές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (DHSS, 1989). Οι νέες ρυθμίσεις στο επίπεδο της αποζημίωσης των γενικών γιατρών προβλέπουν α) την άσκηση της ιατρικής κατά ομάδες β) τη συγκρότηση ομάδων που είναι υπεύθυνες για διαχείριση προϋπολογισμών μόνον όταν έχουν εγγράψει τουλάχιστον 9000 άτομα γ) τη χρηματοδότηση των ομάδων με ένα προϋπολογισμό που υπολογίζεται ανά κεφαλή και λαμβάνει υπόψη του τις υπαρκτές ανάγκες του πληθυσμού για εξωνοσοκομειακή φροντίδα και αρκετές δραστηριότητες της νοσοκομειακής περίθαλψης και δ) τη διαχείριση του προϋπολογισμού με την αγορά υπηρεσιών από τη δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Με άλλα λόγια, η αποτελεσματική διαχείριση του προϋπολογισμού των ασθενών επιδιώκει πέραν της ικανοποίησης των ασθενών από τις χορηγούμενες υπηρεσίες, στη βελτίωση των εγκαταστάσεων και των παροχών με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των εγγραφομένων. Η αύξηση των εγγραφομένων θα συμβάλλει στην εξεύρεση οικονομικών πόρων και τελικά θα συνδράμει στη βελτίωση του εισοδήματος των ιδίων των γιατρών. Παρά το γεγονός ότι

υπάρχουν σημαντικές κριτικές για την υλοποίηση της παραπάνω πρότασης, είναι καλύτερο να την κρίνουμε από τα αποτελέσματά της που θα φανούν μετά την εφαρμογή της.

### **2.3. Μέθοδοι Αποζημίωσης Νοσοκομείων**

Το νοσοκομειακό κόστος είναι ο βασικότερος παράγοντας που ενέχεται για τη συνεχή αύξηση των δαπανών, αφού καλύπτει πάνω από το 50% των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (OECD, 1987). Επί πλέον, αποτελεί κοινή παραδοχή, ότι ο τρόπος χρηματοδότησης του νοσοκομείου επιδρά άμεσα στη συνολική του δραστηριότητα (ημέρες νοσηλείας, μέση διάρκεια) και στη δυνατότητα παρέμβασης για τον έλεγχο του κόστους.

Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης εκτός του ότι συναρτάται από την επιλεγείσα μέθοδο χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος, εμπεριέχει ιδιαίτερα προβλήματα λόγω της φύσης του νοσοκομειακού έργου και της δυσκολίας εκτίμησης του αποτελέσματος – προϊόντος του νοσοκομείου. Ανεξάρτητα από την υπάρχουσα μέθοδο χρηματοδότησης, δύο είναι οι βασικοί τρόποι αποζημίωσης που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα. Η εκ των υστέρων – αναδρομική (retrospective) και η εκ των προτέρων – προοπτική (prospective). Η πρώτη επειδή έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί αύξηση του έργου του νοσοκομείου και αυξάνει τη διάρκεια νοσηλείας και το χρόνο παραμονής, έχει εγκαταλειφθεί από όλα τα προηγμένα υγειονομικά συστήματα και θεωρείται ακατάλληλη για μια σύγχρονη και αποτελεσματική διοίκηση (management) του νοσοκομείου. Η δεύτερη απαιτεί ικανοποιητικό επίπεδο management στο νοσοκομείο και οικονομική διαχείριση που βασίζεται στη πρόβλεψη. Δύο βασικές επιλογές παρουσιάζονται σε διεθνές επίπεδο τα τελευταία χρόνια.

α) Η ευρωπαϊκή (Βρετανία, Γαλλία, Ολλανδία κ.λ.π.) με την οποία τα νοσοκομεία, κυρίως αυτά που ανήκουν στον ευρύτερο δημόσιο τομέα διαπραγματεύονταν – ρυθμίζουν ή συμβάλλονται με τους κάθε φορά ενδιαμέσους (κράτος ή ασφάλιση) να καλύψουν ένα συγκεκριμένο έργο (ικανοποίηση αναγκών συγκεκριμένου πληθυσμού), με ένα εκ των προτέρων προσδιορισμένο προϋπολογισμό για μια περίοδο ενός έτους. Η διαχείριση του προϋπολογισμού αφορά το ίδιο το νοσοκομείο και όχι τους ενδιαμέσους. Παρέκκλιση από τα συμφωνηθέντα προϋπολογισμό δικαιολογείται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και είναι αντικείμενο διαπραγμάτευσης.

Η παραπάνω εκδοχή είναι γνωστή με την ονομασία σφαιρικός προϋπολογισμός (global budget). Με το σφαιρικό προϋπολογισμό εννοείται η εκ των προτέρων χρηματοδότηση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου, συνήθως σε ετήσια βάση και η ανάληψη εκ μέρους του της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, ο οποίος καλύπτεται από το χρηματοδότη (κοινωνική ασφάλιση στην περίπτωση της Γαλλίας, κρατικός προϋπολογισμός στην Βρετανία). Και στις δύο χώρες η εισαγωγή της αποζημίωσης των νοσοκομείων με την προοπτική μέθοδο του σφαιρικού προϋπολογισμού συνόδεύτηκε με αντίστοιχες παρεμβάσεις στη διαχείριση.

Οι αλλαγές στην οικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών στη Γαλλία σκοπεύουν στην αποκέντρωση των λειτουργιών, αρμοδιοτήτων και λήψης αποφάσεων. Αυτό επιχειρείται να επιτευχθεί με την κατάτμηση του έργου του νοσοκομείου σε κέντρα υπευθυνότητας (ιατρικά τμήματα, νοσηλευτικές, διοικητικές μονάδες), με αρμοδιότητα σύνταξης τμηματικών προϋπολογισμών που έχουν μία σχετική αυτονομία, αλλά ταυτόχρονα αποτελούν τμήματα του γενικού προϋπολογισμού του νοσοκομείου (Fontaine et al, 1985).

Στη Μ. Βρετανία οι αλλαγές στη διαχείριση με την πρόταση της Επιτροπής Griffiths (1983) επικεντρώνεται, εκτός των άλλων, στην εισαγωγή του κλινικού προϋπολογισμού των ιατρικών τμημάτων (clinical management budget). Παράλληλα με τον κλινικό προϋπολογισμό και με σκοπό την αποτελεσματική και αποδοτική χρησιμοποίηση των πόρων, προωθείται η ιδέα του «resource management» που δεν είναι τίποτε άλλο από την ανάπτυξη του κλινικού προϋπολογισμού, την κοστολόγηση των ασθενειών και των υπηρεσιών, δηλαδή την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων διαχείρισης, τα οποία θα βοηθήσουν το έργο της ομάδας των γιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας (Perrin, 1988).

β) Η αμερικανική εκδοχή της εκ των προτέρων χρηματοδότησης των νοσοκομείων, έχει εφαρμοσθεί πλήρως στο πρόγραμμα του Medicare και βασίζεται στις Διαγνωσμένες Κατηγορίες Ασθενειών ( Diagnostic Related Groups). Επειδή η μέθοδος αυτή, εκτός από τη λειτουργία της χρηματοδότησης, συνδυάζει και άλλα στοιχεία που βοηθούν το έργο του Η - ΚΑΤ και επειδή προετοιμάζεται η εισαγωγή στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Bardsley et al, 1989), θεωρείται ως εναλλακτική λύση για τη χώρα μας και για τους λόγους αυτούς αναφέρεται και αναλύεται εκτενέστερα.

**Β' ΜΕΡΟΣ**  
**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

# ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

## ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Ποικιλόμορφες είναι οι προσπάθειες των ανεπτυγμένων Χωρών που διαθέτουν δημόσια συστήματα υγείας για τον έλεγχο του υγειονομικού, αλλά και ειδικότερα, του νοσοκομειακού κόστους ( το οποίο απορροφά ποσοστό 50-60% των συνολικών δαπανών υγείας). Στη συνέχεια αναφέρονται μέτρα που αποσκοπούν ειδικά στον περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους.

### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (κυβερνητικό μέτρο)

Η θέσπιση ενός μικρού ποσοστού συμμετοχής του ασθενούς (χρήστη) στο νοσήλιο θεωρείται ότι αποθαρρύνει, αφενός την εισαγωγή στο Η - ΚΑΤ για λόγους που μπορούν ν' αντιμετωπιστούν και εξωνοσοκομειακά, αφετέρου την άσκοπη παράταση της παραμονής του στο ΓΟΝΓΚ « ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ ». Από τη συμμετοχή θα πρέπει, βέβαια, να εξαιρούνται οι οικονομικά αδύναμοι.

### ΠΛΗΡΩΜΗ ΕΞΕΤΑΣΤΡΟΥ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ (κυβερνητικό μέτρο)

Στην Ελλάδα έχει εφαρμοστεί η καταβολή ενός μικρού ποσού (1.000δρχ.) για την ιατρική εξέταση στα Τακτικά Ιατρεία των κρατικών Νοσοκομείων. Θεωρείται ότι αποθαρρύνει την περιττή ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, ήδη όμως έχει ατονήσει αυτή η επίπτωση, επειδή δεν υπήρξε αναπροσαρμογή του εξετάστρου για πολλά χρόνια.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Το μέτρο αυτό εφαρμόστηκε με εντυπωσιακά αποτελέσματα, και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου της Αττικής (με εξαίρεση τα, πράγματι, Επείγοντα Περιστατικά).

#### **ΣΦΑΙΡΙΚΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ (κυβερνητικό μέτρο)**

Στο εξωτερικό (κυρίως Γαλλία) εφαρμόζεται το σύστημα των σφαιρικών προϋπολογισμών, που εισάγεται τώρα και στην Ελλάδα.

Κάθε Τμήμα του Νοσοκομείου αποτελεί κέντρο (θέση) κόστους και διαπιστώνεται το ύψος των ετήσιων δαπανών του (και κατά ασθενή, ημέρα νοσηλείας κλπ.) Έτσι, μπορεί να γίνονται διανοσοκομειακές ή εσωτερικές συγκρίσεις, να εντοπίζονται οι τομείς σπατάλης διαχείρισης και να λαμβάνονται τα αναγκαία μέτρα.

#### **ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΟΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ (εσωτερικό μέτρο)**

Μεγάλο μέρος του νοσοκομειακού κόστους αφορά στην υπερκατανάλωση φαρμάκων, η οποία εκτείνεται από το σημερινό τρόπο διακίνησης των φαρμάκων.

Η εφαρμογή της ατομικής ημερήσιας δόσης για κάθε νοσηλευόμενο (εφαρμόζεται ήδη σε μερικά ελληνικά νοσοκομεία) επέφερε σημαντικές οικονομίες στη νοσοκομειακή δαπάνη.

#### **ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ (εσωτερικό μέτρο)**

Η κατασπατάληση του πάσης φύσεως υγειονομικού υλικού είναι δεδομένη στα ελληνικά νοσοκομεία. Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν είναι δύο (2):

4. **Προτυποποίηση** των αναλώσεων όλων των υλικών (εργαλείων, αντιδραστηρίων, συσκευών, αναλώσιμων κλπ.).

5. Δημιουργία Σημείων Αναπαραγγελίας για κάθε είδος χωριστά, ώστε ν' αποφεύγεται η υπεραποθεματοποίηση και η αχρήστευση υλικών.

#### **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (εσωτερικό μέτρο)**

Σε πολλές ειδικότητες προσωπικού των ελληνικών Νοσοκομείων υπάρχει υπερστελέχωση. Θα πρέπει να μη γίνονται νέες προλήψεις σ' αυτές τις κατηγορίες εργαζομένων, ώστε να επέλθει μείωση δια της φυσικής εξόδου.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Άλλες πολιτικές, ιδιαίτερα αποτελεσματικές, έχουν χρησιμοποιηθεί διεθνώς, αλλά προσκρούουν στη νομική μορφή των ελληνικών Νοσοκομείων και στο *status* του νοσοκομειακού προσωπικού (κίνητρα υποκίνησης και κινητοποίησης).



# ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ

## ΑΝΑΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ

1. Στα ελληνικά Νοσοκομεία σημειώνονται αρκετές χρηματικές απώλειες (σπατάλη πόρων), λόγω της μή άσκησης ελέγχου των αναλώσεων και αποθεμάτων του νοσοκομειακού υλικού.

2. Με έναν απλό έλεγχο μπορούμε να διαπιστώσουμε, σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ότι:

α. Ομοειδή Νοσηλευτικά Τμήματα φέρονται να καταναλώνουν μηνιαίως διαφορετικές ποσότητες υγειονομικού υλικού.

β. Συσκευές κλπ. μίας Χρήσης αγοράζονται σε ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από τις ιατρικές – νοσηλευτικές πράξεις στις οποίες χρησιμοποιούνται,

γ. Αχρηστεύονται διάφορα είδη λόγω λήξης του ορίου ζωής τους,

δ. Υπάρχουν αποθέματα 2-3 ετών για διάφορα αναλώσιμα υλικά, που έχουν καταργηθεί ή δεν ζητούνται κλπ.

ε. Δηλώνεται απώλεια ακριβών ιατρικών μηχανημάτων και συσκευών, η αξία των οποίων δεν καταλογίζεται σε κανένα, διότι ουδείς ήταν χρεωμένος ως Υπόλογος.

### 3. ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΛΩΣΕΩΝ

Για όλα τα νοσοκομειακά είδη πρέπει να γίνει προτυποποίηση (standardization) των αναλώσεων, με συγκέντρωση αξιόπιστων πληροφοριών και επιστημονικών δεδομένων. Π.χ. για κάθε Αντιδραστήριο

πρέπει να προσδιοριστεί ο αριθμός των αντίστοιχων Εξετάσεων, πριν από την διενέργεια των οποίων δεν δικαιολογείται η παραγγελία του συγκεκριμένου Αντιδραστηρίου. Για τον προσδιορισμό, π.χ., της αναγκαίας ποσότητας αποστειρωμένων Χειρουργικών Γαντιών συγκεντρώνονται στοιχεία των διενεργούμενων επεμβάσεων, των εμπλεκόμενων προσώπων κλπ. Ζητείται η γνώμη της Επιτροπής Ενδο –Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (και συνεκτιμάται) για τον καθορισμό των περιπτώσεων χρησιμοποίησης Στολών Μιάς Χρήσης, ώστε να προσδιορισθούν στη συνέχεια οι αναγκαίες ποσότητες κλπ.

Φυσικά , λαμβάνονται υπόψη η φυσιολογική φύρα, οι αναλώσεις για εκπαιδευτικούς σκοπούς και άλλες δικαιολογημένες περιπτώσεις μή λειτουργικής κατανάλωσης πριν την τελική προτυποποίηση των αναλώσεων (συνολικά για το Η - ΚΑΤ και ανά Τμήμα).

#### **4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ**

Η Διοίκηση Αποθεμάτων είναι αυτοτελής κλάδος της επιστήμης της Οικονομικής των Επιχειρήσεων. Ολόκληρα πανεπιστημιακά συγγράμματα είναι αφιερωμένα σ' αυτό το σημαντικό θέμα, τόσο στο επίπεδο της θεωρίας, όσο και των πρακτικών εφαρμογών.

Στην επιχειρηματική πρακτική υπολογίζονται με μεγάλη προσοχή α) το ύψος των αποθεμάτων κάθε υλικού, β) ο χρόνος υποβολής νέας παραγγελίας, γ) τα ασφάλιστρα κλπ. Όσοι ενδιαφέρονται να εμβαθύνουν στο θέμα, μπορούν ν' αναζητήσουν την πλούσια βιβλιογραφία που είναι διαθέσιμη.

Στην περίπτωση των ελληνικών Νοσοκομείων θα μπορούσε να θεωρηθεί ως, κατ' αρχήν, επαρκής η εφαρμογή ενός **ιδιαίτερα απλοποιημένου τρόπου** προσδιορισμού του ύψους των αποθεμάτων και της ποσότητας κάθε παραγγελίας, για όλα τα υγειονομικά υλικά, αφού προηγουμένως έχει γίνει προτυποποίηση των αναλώσεων.

Με την εφαρμογή της προτεινόμενης μεθόδου επιτυγχάνονται :α) μείωση του χρηματοοικονομικού κόστους των αποθεμάτων (τόκοι δεσμευμένου κεφαλαίου) και β) μείωση της οικονομικής απαξίωσης και των φυσικών φθορών του υλικού.

### **1ο Εμπειρικό Υπόδειγμα** (απλοποιημένο)

Έστω ότι η ανάλωση ενός συγκεκριμένου Υλικού Α ανέρχεται σε **12** τεμάχια ημερησίως. Ο **χρόνος ανεφοδιασμού** που έχει ορίσει ο Προμηθευτής (διάστημα μεταξύ παραγγελίας και παράδοσης) είναι **2** ημέρες. Σε περίπτωση έκτακτης έλλειψης στην ελληνική αγορά, ο αναγκαίος χρόνος για την εισαγωγή από το εξωτερικό μπορεί να φθάσει μέχρι της **15** ημέρες. Πότε πρέπει να γίνεται παραγγελία του συγκεκριμένου υλικού και ποιά ποσότητα πρέπει να παραγγέλλεται;

#### ***Πρώτη Απάντηση***

- \* Το **Απόθεμα Ασφαλείας** είναι (15 ημέρες x 12 τεμάχια) **180** τεμάχια
- \* Το **Απόθεμα Χρόνου Ανεφοδιασμού** είναι (2 ημέρες x 12 τεμάχια) **24** τεμάχια
- \* Επομένως, το **Σημείο Αναπαραγγελίας** είναι: Υπόλοιπο Αποθήκης **204** τεμάχια
- \* Η ποσότητα κάθε παραγγελίας πρέπει ν' ανέρχεται σε **204** τεμάχια και μεγαλύτερη παραγγελία είναι **αδικοιολόγητη**.
- \* Μεταξύ δύο (2) παραγγελιών θα μεσολαβούν (204:12) **17** ημέρες
- \* Το **Ανώτατο Απόθεμα** θ' ανέρχεται σε (180+204) **384** τεμάχια.

#### ***Δεύτερη Απάντηση***

Ας υποθέσουμε ότι οι Αποθηκευτικοί Χώροι του Νοσοκομείου δεν επαρκούν για ποσότητα μεγαλύτερη των **300** τεμαχίων του συγκεκριμένου Υλικού Α. Τι μπορούμε να κάνουμε ;

\* Σ' αυτή τη περίπτωση η ποσότητα κάθε παραγγελίας πρέπει ν' ανέρχεται σε (300-204) **96** τεμάχια.

\*Μεταξύ δύο (2) παραγγελιών θα μεσολαβούν (96:12) **8** ημέρες.

\*Το Ανώτατο Απόθεμα θ' ανέρχεται σε (180+96) **276** τεμάχια

### **Σημείωση**

*Η συχνότητα των παραγγελιών δεν πρέπει να δημιουργεί ανησυχίες φόρτου εργασίας, διότι, μετά την προτυποποίηση των αναλώσεων, τον καθορισμό των Σημείων Αναπαραγγελίας και του ύψους των παραγγελιών – που θα γίνει **μία φορά** – το μηχανογραφικό σύστημα θα εκδίδει **αυτόματα** τις παραγγελίες. Η ανθρώπινη επέμβαση θα απαιτηθεί μόνον αν αλλάξουν τα δεδομένα (π.χ. ετήσιες αναλώσεις).*

### **2ο Εμπειρικό Υπόδειγμα** (απλοποιημένο)

Έστω ότι από την προτυποποίηση των αναλώσεων προέκυψε πως η ετήσια κατανάλωση του Υλικού β ανέρχεται σε **292.000** τεμάχια. Ο χρόνος ανεφοδιασμού είναι 1 ημέρα. Περίπτωση έλλειψης δεν υπάρχει, διότι οι **εγχώριοι** παραγωγοί είναι **πολλοί** και μπορούν να προβούν σε παραδόσεις εντός **3** ημερών από την παραγγελία.

\* Ποιό είναι το **Άριστο Απόθεμα** του συγκεκριμένου Υλικού Β;

\* Πόσες παραγγελίες πρέπει να εκδίδονται ετησίως;

(προς επίλυση)

## **5. ΚΑΝΟΝΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ**

Το νοσοκομειακό υλικό διακρίνεται σε **δύο (2)** βασικές κατηγορίες : α) **Αναλώσιμο** και β) **Μή Αναλώσιμο**. Το προσωπικό του Η - ΚΑΤ (όλων των ειδικοτήτων) πρέπει να **εθιστεί** στην ιδέα ότι η **αδικοιολόγητη σπατάλη** του υλικού (πάσης φύσεως) δεν είναι αποδεκτή και επιφέρει **συνέπειες**.

**Αναλώσιμο Υλικό:** Οι Προϊστάμενοι όλων των Τμημάτων πρέπει να **γνωρίζουν** ότι, μετά την εξάντληση των ποσοτήτων που καθορίστηκαν με την τροποποίηση των αναλώσεων, **δεν μπορούν** να παραλάβουν πρόσθετες ποσότητες. Αντιθέτως, η **πρόωρη** εξάντληση των καθορισμένων ποσοτήτων μπορεί να επιφέρει **δυσμενείς επιπτώσεις** για τους ίδιους.

**Μή Αναλώσιμο Υλικό:** Το λεγόμενο **διαρκές υλικό** (μικρά Ιατρικά μηχανήματα και συσκευές, εργαλεία πολλαπλών χρήσεων, έπιπλα, κλινοστρωμνή, στολές προσωπικού κλπ.) πρέπει να **χρεώνεται** σε συγκεκριμένους υπολόγους. Η απώλεια ή πρόωρη απαξίωση (καταστροφή) του διαρκούς υλικού πρέπει να **καταλογίζεται** στους υπολόγους.

**Πάγιος Εξοπλισμός:** Ο τρόπος διαχείρισης των **κυρίων συγκροτημάτων** (βασικά, Βιοϊατρικής Τεχνολογίας) καθορίζεται από ειδικές διατάξεις και κανονισμούς, που εκφεύγουν της Διοίκησης Αποθεμάτων.

# **Β' ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

# ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ MANAGEMENT

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Η αγγλική λέξη **Management** δεν μπορεί να μεταφρασθεί επακριβώς στα ελληνικά. Η έννοια της θα πρέπει ν' αναζητηθεί μέσα στις έννοιες **διοίκηση, διεύθυνση, διαχείριση** της ελληνικής γλώσσας.

Ο **Manager** είναι το στέλεχος που διαθέτει **εκτελεστική και ελεγκτική** εξουσία (εξουσιοδότηση).

Το **Management** είναι και **τέχνη και τεχνική** και ολοκληρωμένη **επιστήμη** (στην τελική του μορφή). Η επιτυχημένη εφαρμογή του προϋποθέτει :α) κατάλληλους τρόπους **δράσης**, β) αποτελεσματικούς τρόπους **συμπεριφοράς** και γ) σχετικές επιστημονικές **γνώσεις** (Οικονομία, Διοίκηση Επιχειρήσεων, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία κλπ).

Ο επιτυχημένος **Manager** πρέπει να διαθέτει:

### **A. Προδιάθεση ή Απόφαση**

Μερικοί άνθρωποι διαθέτουν έμφυτο το σχετικό ταλέντο (προδιάθεση). Αυτοί, όμως, είναι λίγοι και φυσικά δεν επαρκούν για τις ανάγκες της οργανωμένης Κοινωνίας. Οι περισσότερες θέσεις **managers** καλύπτονται από ανθρώπους που **αποφάσισαν** να εξασκήσουν αυτό το επάγγελμα (ή να υπηρετήσουν αυτό το λειτούργημα) προετοιμαζόμενοι κατάλληλα.

### **B. Γνώση και Εκπαίδευση**

Αυτός που πρόκειται ν' ασκήσει καθήκοντα **Manager** πρέπει να **γνωρίζει** καλά τον οργανισμό και το αντικείμενο δραστηριότητάς του. παράλληλα, πρέπει να **εκπαιδευτεί** κατάλληλα, με διεπιστημονικό τρόπο, για τα νέα του καθήκοντα. Αυτό ισχύει για όλους, ανεξάρτητα αν διαθέτουν ή όχι ταλέντο.

## **Γ. Εμπειρία**

Τα παραπάνω, ωστόσο, δεν επαρκούν για την επιτυχή άσκηση του management. Χρειάζεται επίσης **εργασιακή εμπειρία**, στον ίδιο ή σε διαφορετικούς χώρους, σε θέσεις διαφορετικών βαθμών ευθύνης. Είναι πολύ σπάνιο να ασκηθεί επιτυχημένο management από κάποιον που δεν έχει εργασθεί στο παρελθόν.

Το επιτυχημένο Management στηρίζεται:

### **α. στην αναδρομή το παρελθόν**

Ο Manager πρέπει να γνωρίζει καλά την **ιστορία** και τις ιδιομορφίες του οργανισμού που καλείται να διευθύνει. Μόνον έτσι θα κατανοήσει τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν και θα αντιληφθεί τη διαδρομή που έχει προηγηθεί κι εκείνη που μπορεί και πρέπει ν' ακολουθήσει στο μέλλον.

### **β. στη σπουδή του παρόντος**

Είναι πολύ σημαντικό να μελετηθεί με προσοχή η **παρούσα** κατάσταση του οργανισμού και των στελεχών του. Η απόλυτη γνώση των οργανωτικών δομών και της προσωπικότητας των στελεχών είναι πολύτιμο εργαλείο για τον Manager. Η ακριβής εκτίμηση της παρούσας θέσης του οργανισμού μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της δραστηριότητάς του (π.χ. η θέση ενός συγκεκριμένου Νοσοκομείου μέσα στο ΕΣΥ) αποτελεί προϋπόθεση για τον επιτυχή καθορισμό των μελλοντικών στόχων του.

### **γ. στην ανάλυση – προγραμματισμό του μέλλοντος**

Ο Manager πρέπει ν' αναλύσει σωστά τους πόρους και τις δυνατότητες που έχει στη διάθεσή του, τους εναλλακτικούς και προτιμητέους στόχους του οργανισμού κλπ. Με βάση αυτή την ανάλυση πρέπει να προχωρήσει σ' ένα **ρεαλιστικό προγραμματισμό** για το μέλλον.



### **Τελικά, τι είναι ο Manager;**

Είναι ο εργαζόμενος (Διευθυντής – Τμηματάρχης – Προϊστάμενος) που **αποδέχεται την ευθύνη** για την ύπαρξη θετικών **αποτελεσμάτων** (βελτίωση). Αυτός που οδηγεί τα πράγματα σε χειροτέρευση ή τα αφήνει στάσιμα, δεν είναι Manager.

«Ολόκληρος ο σύγχρονος κόσμος θα μπορούσε να τραφεί, να ντυθεί και να μορφωθεί χωρίς δυσκολία, αν υπήρχε **καλύτερο management** των διαθέσιμων πόρων» (David Hertz).

### **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

Η εισαγωγή του Επιστημονικού Management στις ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (κρατικά Νοσοκομεία) συναντά αρκετές **δυσχέρειες**, για την υπέρβαση των οποίων απαιτείται χρόνος και υπομονή, αποφασιστικότητα και εμμονή, γνώσεις και ικανότητες εκ μέρους των Διευθυντικών Στελεχών (Managers).

Ως κυριότεροι ανασταλτικοί παράγοντες μπορούν να καταγραφούν οι ακόλουθοι:

1. Μέχρι σήμερα, υπήρξε πλήρης έλλειψη επιστημονικής Διοίκησης –Διεύθυνσης – Διαχείρισης και εφαρμόσθηκε απλά το Τυπικό της Δημόσιας Διοίκησης, όπως εφαρμόζεται σε όλα τα Υπουργεία, ΝΠΔΔ κ.λ.π. Τώρα, το προσωπικό καλείται να εργασθεί με διαφοροποιημένα κριτήρια και στόχους και με αίσθημα ευθύνης για το **Κόστος** των αποφάσεων και ενεργειών του.

2. Τα Νοσοκομεία είναι **πολυσύνθετοι** οργανισμοί και το προσωπικό τους εμφανίζει μεγάλες **μορφωτικές και επαγγελματικές διαφοροποιήσεις** και έχει διαφορετικές προσωπικές επιδιώξεις. Επομένως, οι μέθοδοι επικοινωνίας, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης,

υποκίνησης και κινητοποίησης που πρέπει να χρησιμοποιηθούν, είναι πολύ διαφορετικές για κάθε κατηγορία προσωπικού.

3. Όπως είναι διεθνώς γνωστό, το Ιατρικό Σώμα αντιστέκεται στην εισαγωγή της Οικονομικής Θεώρησης (και γενικά του Management) στον Υγειονομικό Τομέα, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να διατηρήσει εναργές το παραδοσιακό Ιατροκεντρικό Μοντέλο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

4. Ταυτόχρονα, τα **καινούργια** επιστημονικά και τεχνολογικά **Επαγγέλματα Υγείας** (Νοσηλεύτες, Κλινικοί Μηχανικοί, Οικονομολόγοι Υγείας, Managers Νοσοκομείων, Πληροφορικοί Υγείας, Τεχνολόγοι Εργαστηρίων κλπ.) διεκδικούν, συνεχώς δυναμικότερα, την ανακατανομή εξουσίας και επιρροής στον Υγειονομικό (νοσοκομειακό) χώρο.

5. Στον τομέα της **μέτρησης** της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα, δυσχέρειες συγκέντρωσης των αναγκαίων πληροφοριών και στοιχείων και δυσχέρειες κατανόησης των δεικτών και της σημασίας τους. Οι πρόοδοι που έχουν σημειωθεί σε άλλες χώρες, δεν είναι ακόμη γνωστές στην Ελλάδα.

6. Η ισχύουσα **νομική μορφή** των κρατικών Νοσοκομείων (ΝΠΔΔ) δημιουργεί πρόσθετες δυσχέρειες στην εισαγωγή του επιστημονικού Management (έλλειψη αποτελεσματικού πλέγματος κινήτρων και αντικινήτρων, δυσκίνητο και δραχμοβόρο σύστημα προμηθειών, τυπολατρικοί έλεγχοι του Ελεγκτικού Συνεδρίου κλπ.) Ελπίζεται ότι η εισαγωγή του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος και

των Σφαιρικών Προϋπολογισμών θα βελτιώσει το επιχειρησιακό κλίμα στα κρατικά Νοσοκομεία.

# Ιδιομορφίες του Υγειονομικού

## Τομέα της Οικονομίας

1. Ο Υγειονομικός Τομέας της Οικονομίας έχει μετεξελιχθεί σε μία τεράστια βιομηχανία, στην οποία επενδύεται ένα συνεχώς μεγαλύτερο ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Για την Ελλάδα, το ποσοστό αυτό είναι 8-9% και θεωρείται σχετικά ικανοποιητικό.

2. Η Υγεία είναι ένα οικονομικό αγαθό. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή παράδοση, η Υγεία θεωρείται κοινωνικό οικονομικό αγαθό, ενώ στις ΗΠΑ έχουν διατυπωθεί απόψεις υπέρ της θεώρησης της Υγείας ως ιδιωτικού οικονομικού αγαθού.

3. Όπως όλα τα οικονομικά αγαθά, οι Υπηρεσίες Υγείας αγοράζονται από τους Χρήστες. Τα περί «Δωρεάν Υγείας» είναι μια υπεραπλούστευση της οικονομικής διαδικασίας ή ένα πολιτικό σύνθημα.

4. Κατά το μέγιστο μέρος της, η πληρωμή των Υπηρεσιών Υγείας γίνεται προκαταβολικά, συνήθως με κάποιο συνδυασμό:

α. των Ασφαλιστικών Εισφορών προς τα Κοινωνικά Ταμεία και της ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες και

β. της Φορολογίας, που μετατρέπεται σε επιχορηγήσεις του Κρατικού Προϋπολογισμού προς τους Υγειονομικούς Οργανισμούς.

5. Ένα μικρότερο μέρος των συνολικών δαπανών Υγείας, που συνεχώς διευρύνεται, καταβάλλεται από τους χρήστες (Ασθενείς) κατά το χρόνο λήψης (χρησιμοποίησης) των Υπηρεσιών. Αν και αυτό το φαινόμενο είναι αντίθετο με τις αρχές του «Κοινωνικού Κράτους» (διότι θέτει σε υποδεέστερη μοίρα τους οικονομικά αδύνατους) εμφανίζεται συνεχώς περισσότερο, για δύο (2) λόγους:

α. διότι χρησιμοποιείται ως «άμυνα» του Κράτους και του Κοινωνικού Συνόλου κατά της **κατάχρησης** Υπηρεσιών Υγείας και

β. κυρίως διότι ασκείται **παραοικονομική δραστηριότητα** εκ μέρους των Επαγγελματιών Υγείας.

6. Στον Υγειονομικό Τομέα παρατηρείται ένα οικονομολογικό «**παράδοξο**»: οι δραστηριότητες του παραγωγού – Πωλήτη και του αγοραστή – Καταναλωτή ασκούνται από το **ίδιο πρόσωπο**, τον Επαγγελματία Υγείας κατά βάση Ιατρό, αλλά και Φαρμακοποιό, Τεχνολόγο κλπ). Δηλαδή, **δεν λειτουργεί ο Νόμος της Προσφοράς και της Ζήτησης**, αφού η Ζήτηση (του ασθενή, αγοραστή – καταναλωτή) καθορίζεται από τον Προσφέροντα (τον ιατρό, παραγωγό – διανεμητή).’

7. Ο Υγειονομικός Τομέας ήταν και παραμένει **Εντάσεως Εργασίας**. Παρά την καλπάζουσα τεχνολογική πρόοδο, δεν παρατηρείται μείωση του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στον Τομέα, αλλά μόνο πολύ αργές εσωτερικές ανακατατάξεις μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας.

8. Για λόγους οικονομικούς και ιστορικούς, στον Υγειονομικό Τομέα παρατηρείται, κυρίως στην Ελλάδα, σοβαρότατη **Ανισοκατανομή** του ειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού στα διάφορα Επαγγέλματα (πληθωρισμός Ιατρών – Οδοντιάτρων – Φαρμακοποιών, ανεπάρκεια Νοσηλευτών, ανυπαρξία Κλινικών Μηχανικών - Οικονομολόγων Υγείας – Managers Νοσοκομείων κλπ).

Αυτό το φαινόμενο διευκολύνεται από το οικονομολογικό «παράδοξο», που επιτρέπει την **προκλητή ζήτηση** υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία αντίστοιχων παρασιτικών εισοδημάτων.

9. Η εκρηκτική αύξηση των Δαπανών Υγείας προβληματίζει όλες τις χώρες του Κόσμου και τους Διεθνείς Οργανισμούς. Οι Κυβερνήσεις ταλαντεύονται και αναζητούν λύσεις, πιεζόμενες αφενός από το πολιτικό

(και ηθικό) κόστους του περιορισμού του «Κοινωνικού Κράτους», αφετέρου από την υπαρκτή ανάγκη συγκράτησης των περιττών δαπανών.

**10.** Η βασική απάντηση στο πρόβλημα είναι η εισαγωγή του **επιστημονικού Management** στον Υγειονομικό Τομέα.

Δεδομένου ότι στον Δημόσιο Τομέα της Υγείας δεν υφίσταται η έννοια του Κέρδους (όπως συμβαίνει στις ΔΕΚΟ), το Υγειονομικό (και Νοσοκομειακό) Management αποβλέπει:

**α.** στη **συγκράτηση του Κόστους** και την αποφυγή των περιττών δαπανών,

**β.** στην καλύτερη δυνατή **αξιοποίηση των πόρων**, με τη βελτίωση της ποιότητας και την αύξηση της ποσότητας των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας.

**γ.** στη δημιουργία πρόσθετων **ιδίων πόρων** με την αξιοποίηση της μεγάλης περιουσίας των Νοσοκομειακών Οργανισμών και την ανάπτυξη συμπληρωματικών δραστηριοτήτων.

Ωστόσο, θα συνεχίσουν να λειτουργούν «αντι-οικονομικές» υπηρεσίες υγείας, για λόγους κοινωνικούς, γεωγραφικούς, εθνικούς κλπ.

Αυτές, όμως, πρέπει να είναι η εξαίρεση, σ' ένα παραγωγικό και αποδοτικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.

**Μερικά από τα ευρήματα της παραπάνω εργασίας ήταν τα ακόλουθα:**

1. Πριν τη χειρουργική επέμβαση έγινε σε όλους τους ασθενείς ακτινογραφία θώρακος, θέμα που έχει εγείρει σοβαρές ενστάσεις για τη χρησιμότητά του. σημειώνεται σχετικά ότι το Βασιλικό Κολέγιο των Ακτινολόγων της Αγγλίας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εκτός των καρδιοπνευμονικών επεμβάσεων είναι σχεδόν τελείως άχρηστη σε όλες τις άλλες εγχειρήσεις, μια και δεν ανέστειλε καμία απ' αυτές, αλλά και δεν μετέβαλε το είδος της νάρκωσης (5,7,8)
2. Στο σύνολο σχεδόν των ιατρικών φακέλων αναγράφονταν στοιχεία σχετικά με την πάθηση καθώς και η αιτία του ατυχήματος για τις περιπτώσεις των διατροχανθήριων καταγμάτων, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία προέρχονταν από πτώση.
3. Η διαφορά στο ύψος του κόστους των φαρμάκων, αλλά και του υγειονομικού υλικού έχει να κάνει με τη χρησιμοποίηση διαφορετικών φαρμάκων μεταξύ των Τμημάτων, με τη διαφορετική οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και τη διαφορετική βαρύτητα του καθενός περιστατικού (6).

Η καταγραφή του κόστους, όπως ήδη σημειώθηκε, αντιστοιχεί σε μια μέση διάρκεια νοσηλείας, ανάλογη της πάθησης και του Τμήματος. Δεδομένου ότι οι ημέρες νοσηλείας ποικίλλουν, ιδιαίτερα στο μετεγχειρητικό στάδιο, το κόστος αυξάνει με την επιμήκυνση αυτών των ημερών, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ένας από τους πρωταρχικούς παράγοντες που συντείνουν στη διαμόρφωση του κόστους της ασθένειας, αλλά και του συνολικού κόστους του Νοσοκομείου είναι και η μέση διάρκεια νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

Η μείωση της είναι πρωταρχικός παράγοντας ποιότητας και εξετάζεται στο πλαίσιο της αξιολόγησης του επίπεδου οργάνωσης και λειτουργίας του Νοσοκομείου, εφόσον όπως είναι γνωστό, η παράταση του χρόνου νοσηλείας είναι συνυφασμένη με τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ενώ παράλληλα αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς μια και συνδυάζεται με την ταχύτερη έξοδό του από το - ΚΑΤ.

Στη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το προεγχειρητικό και το μετεγχειρητικό στάδιο είναι υψηλό σαν αποτέλεσμα της οργάνωσης του Νοσοκομείου (διαδικασίες εξετάσεων – ακτινογραφιών, φυσικοθεραπεία κ.α.). Καταγράφηκε επίσης το ότι, σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενειών οι δαπάνες υποστήριξης διογκώνουν το συνολικό κόστος τους καθώς ένας σημαντικός παράγοντας κόστους είναι και το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, βοηθητικό).



# ΑΘΗΝΑ, 1999

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των πόρων του Νοσοκομείου έχουν γίνει πολλές μελέτες για την αποτίμηση του νοσοκομειακού κόστους. Η εκπόνηση αυτών των μελετών κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων και ασθενειών απαιτεί τη στενή διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, οικονομολόγοι κ.α.) στην ταξινόμηση των ασθενειών αλλά και στην ορθολογική αποτίμηση όλων των εισροών που χρησιμοποιούνται για την όλη υγειονομική φροντίδα.

Η λειτουργία του υγειονομικού τομέα με την πληθώρα των οργανωτικών του προβλημάτων, την έλλειψη διεπιστημονικών συνεργασιών, τον τρόπο χρηματοδότησης και την έλλειψη πληροφορικού συστήματος που να καλύπτει τις σύγχρονες απαιτήσεις για παροχή αξιόπιστων στοιχείων είναι μερικά από τα προβλήματα που χρειάζεται να ξεπεραστούν για να είναι δυνατή η παραγωγική κι αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων στον υγειονομικό τομέα, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής μας.

## Βιβλιογραφία

1. Ι. Κυριόπουλος, Δ. Νιάκας: «Θέματα Οικονομικών & Πολιτικής της Υγείας» Κ.Κ.Ε.Υ., Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ Αθήνα, κεφ. 8.12.
2. Μαίρη Κοτοπούλη – Γείτονα: «Πολιτική & Οικονομία της Υγείας, Πολιτικές Υγείας» Εξάντας – Αθήνα 1997 κεφ. 2, 4, 6.
3. Δ.Γ.Πολυζώης: «Εξέλιξη και σχεδιασμός των αρθροπλαστικών του γόνατος» οστόν τ. 4 – 1993, σελ. 31-38
4. Γραπτό συμπόσιο οστεοπόρωσης, Ιατρική τ. 51/ 1987, σελ. 447 – 450
5. Άρθρο της σύνταξης, «Εργαστηριακές εξετάσεις» Επιθεώρηση Υγείας τ. 1 – 2/90, σελ. 5, 6.
6. Martha Quivenay “ D.R.G and Nursing costs” *Hospital Management International* 1994, σελ. 319 – 320.
7. Ι. Σιγάλας: «Οικονομική θεώρηση των χειρουργικών επεμβάσεων» Επιθεώρηση Υγείας τ. 5-6/96 σελ. 34 (154) – 39(159)
8. Αντωνοπούλου, Καραμητοπούλου, Τσαλίκη, Σιγάλας: «Ανάλυση κόστους ασθένειας στο Γ.Π.Ν. ΑΧΕΠΑ – Η περίπτωση της σκωληκοειδίτιδας» Κοινωνία, Οικονομία & Υγεία 2,3/1994 σελ. 97 – 112
9. Εισηγητική έκθεση προϋπολογισμού 1998 και απολογιστικά στοιχεία 1996 – 1997 του Π.Γ.Ν.Α. – Κ.Α.Τ.
10. Οικονομικά στοιχεία:
  - ◆ *GPFH Prices, Price List 1997/1998 Northern General Hospital (NHS TRUST), Sheffield, England.*
  - ◆ *Finance Directorate, 2/1998*
  - ◆ *Community Health Sheffield, England.*

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

# Επισημάνσεις για τη Βελτίωση του Υγειονομικού συστήματος

## 1.1 Η Χρηματοδότηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών

Σε μια εκτεταμένη έρευνα και αναλυτική προσέγγιση του ζητήματος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, έχουν διατυπωθεί σχετικά πρόσφατα προτάσεις και αρχές για μια σύγχρονη και αποτελεσματική μέθοδο χρηματοδότησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Με βάση την παραπάνω πρόταση, και την ανάγκη για ένα πλήρη διαχωρισμό της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών, ώστε να λειτουργήσουν θεμελιώδεις αρχές του κλασσικού οικονομικού υποδείγματος και να προκληθεί ένας ελεγχόμενος ανταγωνισμός, για να ικανοποιηθούν οι προτιμήσεις των χρηστών, να αντιπροσωπευθούν τα συμφέροντά τους και να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, οι προτάσεις περιλαμβάνουν τη θέσπιση ενός Κοινού Ταμείου Υγείας. Πριν επιχειρηθεί η ανάλυση της πρότασης του Κοινού Ταμείου Υγείας, η οποία αφορά συγχρόνως και την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων – πηγών χρηματοδότησης είναι απαραίτητο να δοθεί μια συνοπτική παρουσίαση της υπάρχουσας κατάστασης, με σκοπό να γίνουν περισσότερο αντιληπτές οι προτεινόμενες αλλαγές.

Το διάγραμμα 16.1 επιχειρεί να αποτυπώσει τις οικονομικές ροές και υποτιθέμενη αγορά της νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως αυτή παρουσιάζεται με την υπάρχουσα κατάσταση. Οι οικονομικές ροές και σχέσεις έχουν την αφετηρία τους στον πληθυσμό και δια των ενδιάμεσων καταλήγουν στους παραγωγούς των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπου κλίνει ο κύκλος του οικονομικού συστήματος.

1. Η πρώτη αφορά τις κλασσικές ροές προς τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία είναι υποχρεωτική και καθορίζεται κάθε φορά από το καθεστώς του ασφαλιστικού φορέα. Με εξαίρεση τον ΟΓΑ που καλύπτει τους αγρότες, όλα τα άλλα κοινωνικά στρώματα συμμετέχουν με τις εισφορές τους στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών.

2. Η δεύτερη οικονομική ροή, ή πηγή χρηματοδότησης αφορά τον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος χρηματοδοτεί άμεσα τον ΟΓΑ για να αγοράσει υπηρεσίες και τα δημόσια νοσοκομεία και ο οποίος συντίθεται από την άμεση και έμμεση φορολογία.

3. Μία τρίτη οικονομική ροή, αφορά τον πληθυσμό ή τις επιχειρήσεις που καλύπτουν τους εργαζόμενους με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η συγκεκριμένη πηγή μπορεί να χρηματοδοτεί και να καλύπτει τμήμα ή όλη την συμμετοχή των ασθενών, οι οποίοι χρησιμοποιούν νοσοκομειακές υπηρεσίες και η οποία συμμετοχή μπορεί επίσης να προέρχεται κατευθείαν από τους ασθενείς (ατομικό διαθέσιμο εισόδημα) προς τους παραγωγούς των υπηρεσιών χωρίς τη διαμεσολάβηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Στην τελευταία αυτή περίπτωση, η οικονομική ροή περιγράφεται σύμφωνα με τις κατευθύνσεις των γραμμών 1,2 και 3 του διαγράμματος. Πιο συγκεκριμένα, η γραμμή (1) αφορά ανήθικες κατά τεκμήριο συναλλαγές, το γνωστό σε όλους «φακελάκι», το οποίο είτε δίδεται ως έκφραση ευχαριστιών είτε επιβάλλεται από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, αποτελεί συναλλαγή που κινείται στον υπόγειο χώρο της οικονομικής δραστηριότητας. Η δεύτερη (2) και η τρίτη (3) οικονομική ροή των ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα, διαμορφώνεται ως επί το πλείστον αυθαίρετα από τους παραγωγούς, λόγω της μονοπωλιακής δύναμης που αυτοί ασκούν σε μία ατελή αγορά που συνδυάζεται με τα εγγενή χαρακτηριστικά της ατελούς πληροφόρησης ή / και την αποστροφή / αδυναμία πρόσβασης στο δημόσιο

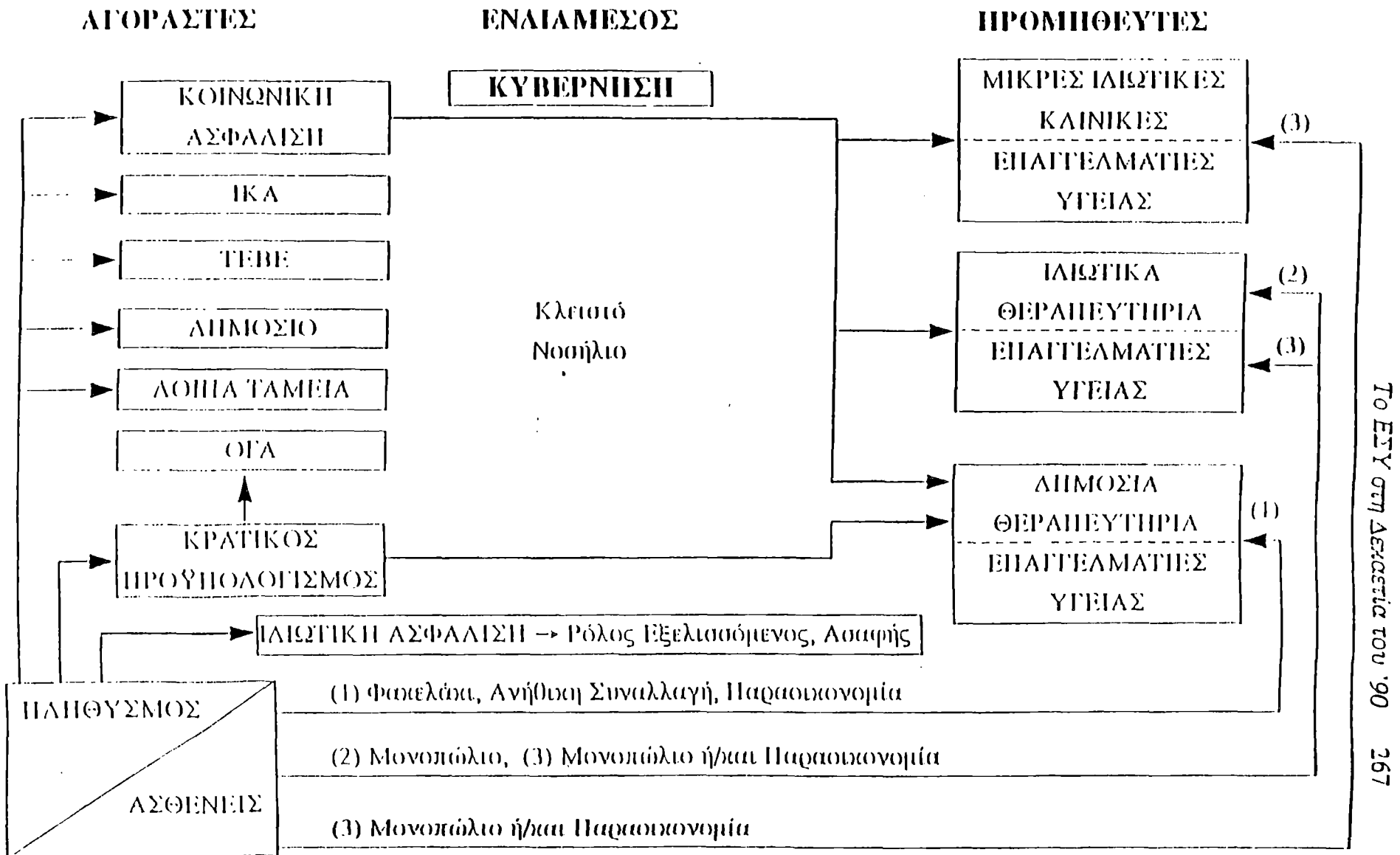
τομέα και μπορεί να κινείται σε ορισμένες περιπτώσεις στον χώρο της παραοικονομίας!

Παρόλα αυτά στο διάγραμμα υπάρχει ένα ερωτηματικό αναφορικά με τη μέθοδο του κλειστού νοσηλίου. Το ερωτηματικό σχετίζεται άμεσα με την υπάρχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί κατά τα τελευταία χρόνια και αφορά κυρίως την συγκράτηση του κλειστού νοσηλίου σε χαμηλές τιμές. Οι χαμηλές του νοσηλίου ειδικά στον ιδιωτικό τομέα οδήγησαν στην μη αποδοχή του και την υπέρβαση του. Έτσι, ορισμένα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια διαμορφώνουν πλέον αυθαίρετα και μονοπωλιακά τις τιμές τους και δεν αποδέχονται να αποζημιώνονται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, απαιτώντας την απευθείας αποζημίωση από τους χρήστες των υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα αρκετοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, αλλά και το δημόσιο που καλύπτει τους δημόσιους υπαλλήλους προκειμένου να αντιμετωπίσει την υφισταμένη απαράδεκτη κατάσταση, έχει ξεπεράσει το κλειστό νοσήλιο και δέχεται να αποζημιώνει εκτός κλειστού νοσηλίου ορισμένες παρακλινικές εξετάσεις και φάρμακα, τα οποία έπρεπε να συμπεριλαμβάνονται στην καθορισμένη τιμή του κλειστού νοσηλίου.

Διάγραμμα 16.1

Η ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Η χαμηλή τιμή όμως του κλειστού νοσηλίου προκαλεί αύξηση των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού και μια μετατροπή της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης. Έτσι η σχέση 60% κοινωνική ασφάλιση και 40% κρατικός προϋπολογισμός των δημοσίων δαπανών υγείας το έτος 1975 μετατράπηκε σε 40% και 60% αντίστοιχα το έτος 1990.

Με βάση την παραπάνω ανάλυση, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

α) Η αγορά των νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν λειτουργεί με τις υφιστάμενες δομές και μέθοδο χρηματοδότησης, δηλαδή δεν υφίσταται ένα είδος ελεγχόμενης ζήτησης από τους χρηματοδότες των υπηρεσιών.

β) Υπάρχει παντελής έλλειψη κανόνων στην προσφορά των νοσηλευτικών υπηρεσιών (εκτός από το πλαίσιο της κτιριακής υποδομής).

γ) Διαπιστώνεται αύξηση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού, του οποίου η σημερινή σύνθεση των εσόδων του δεν καλύπτει το θεμελιώδες κριτήριο της ισότητας. Με την έννοια αυτή οι δαπάνες για την υγεία δεν εκπληρούν τον σκοπό τους, που είναι η αναδιανομή του εισοδήματος.

δ) Βρίσκεται σε εξέλιξη μια επιβάρυνση του χρήστη στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών ιδιαίτερα χειρουργικής μορφής.

Έτσι οι προτάσεις, οφείλουν και πρέπει να εξετάζουν όλα τα ενδεχόμενα και με την έννοια αυτή να προσανατολίζονται στην πραγματικότητα και σε εφικτούς στόχους. Στο πλαίσιο αυτό μια ενδεχόμενη πηγή άντλησης πρόσθετων πόρων είναι η εισαγωγή ασφαλιστρού στον αγροτικό πληθυσμό, ο οποίος την δεκαετία του '80 αύξησε τη δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και σήμερα ένα μεγάλο τμήμα του βρίσκεται σε θέση να συνεισφέρει για την υγειονομική του κάλυψη. Ταυτόχρονα για να εκπληρωθεί για την υγειονομική του κάλυψη. Ταυτόχρονα για να εκπληρωθεί η αρχή της ισότητας και να χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και να προσφέρονται με βάση την ανάγκη, χρειάζεται να

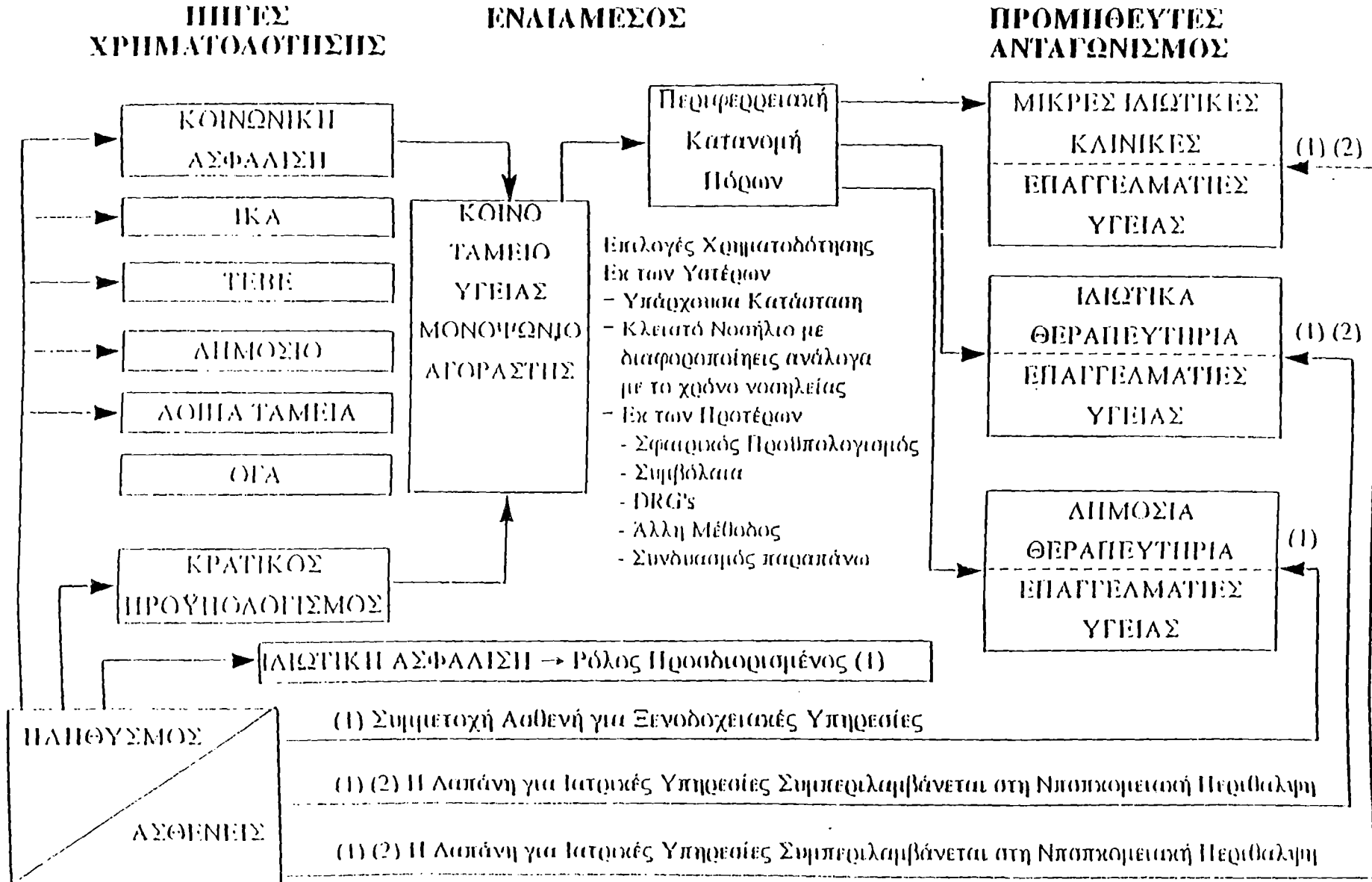


αυξηθούν οι εισφορές των κοινωνικών στρωμάτων, που έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν. Τέτοια στρώματα, όπως αυτοαπασχολούμενοι, ελεύθεροι επαγγελματίες κ.λ.π. που κυρίως φοροδιαφεύγουν, αλλά και άλλες κατηγορίες που έχουν χαμηλές εισφορές για την υγεία σε σχέση με αυτούς που ασφαλίζονται στο ΙΚΑ, είναι οι δυνητικές επιλογές για την σταδιακή αλλαγή της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης με την ταυτόχρονη ικανοποίηση του κριτηρίου της ισότητας.

Παράλληλα με τα παραπάνω προτείνεται με βάση τις εισφορές του κρατικού προϋπολογισμού και τους τέσσερις βασικούς κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο και ΤΕΒΕ η σύσταση Κοινού Ταμείου Υγείας. Το τελευταίο, με την αντιπροσώπευση του 90% του πληθυσμού, θα λειτουργεί ως αγοραστής για λογαριασμό των ασφαλισμένων. Ο μεγάλος όγκος του στην αγορά θα του προσδίδει σημαντική και μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ολίγο ή μονοπωνίου. Έτσι θα υπάρχει ένας πόλος στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που θα έχει την δύναμη, αν όχι να επιβάλλει τα συμφέροντα των χρηστών, τουλάχιστον να διαπραγματεύεται και να εξυπηρετεί τα συμφέροντα τους με ένα αποτελεσματικό τρόπο.

Διάγραμμα 16.2

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Το Κοινό Ταμείο και η περιφερειακή κατανομή των πόρων θα περιορίσουν στο ελάχιστο τις διαπεριφερειακές ροές των ασθενών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και Θεσσαλονίκης και θα βελτιώσουν την κατανομή όχι μόνο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του υγειονομικού συστήματος, αλλά θα συμβάλλουν έμμεσα στην περιφερειακή ανάπτυξη της χώρας. Τούτο θα συμβεί αν η παραπομπή ασθενών από τις περιφέρειες προς τα νοσηλευτικά κέντρα επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των περιφερειών, όπως είναι φυσικό, και παράλληλα η μετακίνηση των ασθενών με δική τους πρωτοβουλία επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό του ασθενή και όχι το Κοινό Ταμείο. Με τον τρόπο αυτό, το χρήμα ακολουθεί τους ασθενείς, θεσπίζονται κανόνες ενός ενιαίου και περιφερειακά οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, όπου η συλλογική κάλυψη και το εύρος των αναγκών υγείας προσδιορίζεται εκ των προτέρων με ανοικτές διαδικασίες, η μη τήρηση των οποίων έχει κάποιες συνέπειες τόσο για τους προμηθευτές, όσο και για τους καταναλωτές των υπηρεσιών.

Η υλοποίηση της προτεινόμενης παρέμβασης στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών δίδει επίσης τη δυνατότητα για χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων, αλλά και για την λεπτομερή ανάλυση του κόστους και του οφέλους των υπαρχόντων ή των νέων θεραπευτικών προγραμμάτων – θεραπειών μέσω της οικονομικής αξιολόγησης. Το Κοινό Ταμείο προκειμένου να συμβληθεί και να χρηματοδοτήσει ένα νέο πρόγραμμα έχει τη δυνατότητα να ζητήσει ή να πραγματοποιήσει το ίδιο μελέτες οικονομικής αξιολόγησης, ώστε να διαθέτει τους πόρους αποδοτικά. Καθορίζει και επιβάλλει έτσι την ανάπτυξη των υπηρεσιών ή την επιλογή στην ανάπτυξη των υπηρεσιών με βάση κριτήρια αποδοτικότητας.

Στο διάγραμμα 2 καταγράφονται επίσης οι δυνατότητες για την αναδρομική και προοπτική χρηματοδότηση των προμηθευτών που συμβάλλονται με το Κοινό Ταμείο, το οποίο επιχειρεί να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται περισσότερο σαφής και προσδιορισμένος με τις προτάσεις που διατυπώνονται για την λειτουργία της νοσοκομειακής αγοράς.

## **1.2 Η Χρηματοδότηση της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης**

Ο μεγάλος αριθμός των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων και η αδυναμία του ΕΣΥ για τη θεσμοθέτηση κανόνων στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, διόγκωσε τα προβλήματα αλλά και τί κόστος των υπηρεσιών, το οποίο καλύπτεται σε σημαντικό βαθμό από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (Kygiourou et al, 1992). Παρά το γεγονός ότι τα κέντρα υγείας των αγροτικών περιοχών βελτίωσαν σημαντικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του αγροτικού πληθυσμού, η αγορά της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έχει τέτοιες ιδιαιτερότητες και αδυναμίες που αποδεικνύει το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας όχι μόνο μη ικανοποιητικό στα μάτια των χρηστών (Γεωργούση και συν, 1991), αλλά και μη λειτουργικό.

Το διάγραμμα 1.3 επιχειρεί, σε κάποιο βαθμό να αποτυπώσει την λειτουργία της υποτιθέμενης αγοράς της ανοικτής περίθαλψης. Όπως διαπιστώνεται στα δύο μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ, τα οποία καλύπτουν το 75% περίπου του συνολικού πληθυσμού, η χρηματοδότηση και προσφορά των υπηρεσιών προέρχεται από ένα φορέα. Στην περίπτωση του ΙΚΑ, ο φορέας είναι το ΙΚΑ, στην περίπτωση του ΟΓΑ, ο φορέας είναι το κράτος.

### **Διάγραμμα 1.3**

## Η Αγορά της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Αγοραστές	Ενδιάμεσος	Προμηθευτές
ΙΚΑ	;	α) ΙΚΑ → Πολυϊατρεία → Οικογενειακός Γιατρός  β) Κρατικά Νοσοκομεία
ΟΓΑ	;	Κράτος → Αγροτικά Ιατρεία → Κέντρα Υγείας → Κρατικά Νοσοκομεία
Δημόσιο	Κυβέρνηση	α) ιδιώτες β) Κρατικά Νοσοκομεία
ΤΕΒΕ	;	α) ΤΕΒΕ (Οικογ. Γιατρός) β) Συμβάσεις
Λοιπά Ταμεία	;	Όλες οι παραπάνω επιλογές
Ιδιωτική Ασφάλιση ;		;

Μία πολιτική προς την κατεύθυνση αυτή, μπορεί να είναι η αποκατάσταση των λειτουργιών της ζήτησης και της προσφοράς με τον πλήρη διαχωρισμό τους. Στο διάγραμμα 4.4 επιχειρείται να παρουσιασθεί με συνοπτικό τρόπο η δυνατότητα λειτουργίας ενός Κοινού Ταμείου Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει σε πρώτη φάση τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο και ΤΕΒΕ. Το ΚΤΕΠ μπορεί να είναι ένα υποσύστημα του Κοινού Ταμείου Υγείας. Η ένταξη των υπολοίπων κλάδων και ταμείων υγείας είναι εθελοντική και εξαρτάται αποκλειστικά από τη βούληση των ασφαλισμένων. Το Κοινό Ταμείο Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης έχει τα χαρακτηριστικά και συγκεντρώνει τα πλεονεκτήματα του αντίστοιχου της νοσοκομειακής, με τη διαφορά ότι λειτουργεί με διαπραγματεύσεις με την πλευρά των προμηθευτών σε νομαρχιακό επίπεδο.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

# Η Χρηματοδότηση των

## Υγειονομικών Συστημάτων

### 2.1 Η Προέλευση των Κεφαλαίων

Υπάρχει μια ποικιλία συνδυασμών και εναλλακτικών τρόπων, σε ό,τι αφορά την προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. Οι σπουδαιότερες πηγές κεφαλαίων, όπως προκύπτει από τη διεθνή εμπειρία, μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Mach and Abel Smith, 1983Q OECD, 1987).

#### α. Δημόσιος Τομέας

Υπουργείο Υγείας ή / και άλλα Υπουργεία

- Έσοδα από γενική φορολογία (φορολογία εισοδήματος, φόρος προστιθέμενης αξίας, φόροι πωλήσεων κ.ά)

- Έσοδα από ειδικούς φόρους (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα)

Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση

- Εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών

- Εισφορές ομάδων πληθυσμού και προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του ετήσιου εισοδήματος και που λειτουργούν ως ένας υποθετικός ειδικός φόρος (hypothecated tax) για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.



- Ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών.

β. Ιδιωτικός Τομέας

- Ιδιωτική Ασφάλιση
- Εργοδοτικές Παροχές
- Οικογενειακό Εισόδημα Νοικοκυριών
- Δωρεές Φιλανθρωπικών Οργανισμών

γ. Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία

- Διεθνής Τράπεζα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κ.λ.π.

## 2.2. Μέθοδοι Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας

Όπως αναφέρθηκε ήδη, οι πηγές χρηματοδότησης αλλά και οι δυνητικές επιλογές για άντληση κεφαλαίων για τον υγειονομικό τομέα, περιλαμβάνουν μια ποικιλία εναλλακτικών συνδυασμών (Culyer et al, 1988). Η παρούσα ανάλυση δε φιλοδοξεί να συμπεριλάβει κάθε εναλλακτική λύση ή προοπτική, - αλλά αρκείται για πρακτικούς και ουσιαστικούς λόγους της έρευνας, να εξετάσει τις κυριότερες υπάρχουσες μεθόδους χρηματοδότησης που έχουν αναπτυχθεί στις αναπτυγμένες χώρες, να αναλύσει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους και να αντλήσει τελικά, τα αναγκαία συμπεράσματα, που θα χρησιμοποιηθούν στη βελτίωση της μεθόδου χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Στα πλαίσια αυτά, θα ερευνηθούν κυρίως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης, της καθολικής υποχρεωτικής ασφάλισης ή εθνικής όπως αποκαλείται, της γενικής φορολογίας και των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) όπως αυτοί λειτουργούν στις

ΗΠΑ, σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των γιατρών και των νοσοκομείων.

### 2.2.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Επειδή η εμφάνιση της ασθένειας είναι ξαφνική και μη προγνώσιμη, μερικές φορές μάλιστα είναι καταστρεπτική για το άτομο και την οικογένειά του, ένα σχήμα συλλογικής κάλυψης κατά της ασθένειας, είναι τελικά πάντα αναγκαίο. Το σχήμα αυτό αν και ιστορικά αποτελεί ομαδική συλλογική υπευθυνότητα που έχει εξελιχθεί σε δημόσια λειτουργία π.χ. σχήματα εθνικής υποχρεωτικής ασφάλισης, μεταπολεμικά η ατομική πρωτοβουλία (ιδιωτική ασφάλιση) διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αντλεί τους πόρους της είτε από τα ίδια τα άτομα ή από τους εργοδότες και αποτελεί α) την πλέον κοινή και αρκετά διαδεδομένη μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ και β) ένα συμπληρωματικό επικουρικό σχήμα χρηματοδότησης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η έκταση και ανάπτυξη της σχετίζεται με το εύρος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τα δημόσια εθνικά σχήματα.

Ο ανταγωνισμός ανάμεσα σε μια πληθώρα εταιριών προσφέρει στα άτομα εναλλακτικές λύσεις διαφορετικών προϊόντων ασφάλισης και δυνατότητες επιλογής. Οι προμηθευτές φροντίδων υγείας (γιατροί, νοσοκομεία) αποζημιώνονται με καθορισμένα χρονικώς συμβόλαια και συμφωνίες, όπως αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση, εκ των υστέρων ή εκ των προτέρων.

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που λειτουργεί κάτω από ανταγωνιστικές συνθήκες είναι το πρόβλημα της «αντίστροφης επιλογής» (adverse selection). Αυτό σημαίνει ότι σε αρκετές

περιπτώσεις, δεν επιλέγουν τα άτομα την ασφαλιστική εταιρεία που θα ασφαλισθούν για τον κίνδυνο της ασθένειας, αλλά η εταιρεία που θα ασφαλισθούν για τον κίνδυνο της ασθένειας, αλλά η εταιρεία επιλέγει τα άτομα, αποκλείοντας μερικές ομάδες πληθυσμού από την κάλυψη.

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των εταιρειών για κέρδη, δημιουργεί ένα είδος διακρίσεων έναντι ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων που έχουν υψηλότερο κίνδυνο ή μεγαλύτερη πιθανότητα ασθένειας. Ομάδες υψηλού κινδύνου ή καταναλωτές που δυνητικά καταναλώνουν αρκετές υπηρεσίες υγείας π.χ. ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, γυναίκες σε παραγωγική ηλικία, αυξάνουν το μέσο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι εταιρείες για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή και τις υψηλότερες δαπάνες υγείας, αυξάνουν τα ποσοστά των ασφαλιστρών. Αυτό τελικά, αναγκάζει τις πληθυσμιακές ομάδες χαμηλού κινδύνου να εγκαταλείψουν τις ασφαλιστικές εταιρείες και να αναζητήσουν ασφάλιση σε άλλα φθηνότερα ασφαλιστικά σχήματα. Ταυτόχρονα με την παραπάνω εξέλιξη, οι ομάδες χαμηλού κινδύνου να εγκαταλείψουν τις ασφαλιστικές εταιρείες και να αναζητήσουν ασφάλιση σε άλλα φθηνότερα ασφαλιστικά σχήματα. Ταυτόχρονα με την παραπάνω εξέλιξη, οι ομάδες με χαμηλά εισοδήματα δεν έχουν την δυνατότητα να διαθέσουν αντίστοιχα ποσά για ασφάλιση και αφήνουν τα προηγούμενα ασφαλιστικά σχήματα αναζητώντας εταιρείες με χαμηλότερα ασφάλιστρα ή παραμένουν ανασφάλιστες. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν τις ασφαλιστικές εταιρείες έξω από την αγορά στην περίπτωση που δεν αναπροσαρμόσουν την πολιτική τους και δε διαφοροποιήσουν τα ασφαλιστικά τους προγράμματα με βάση τον κίνδυνο της ασθένειας.

Η περιγραφείσα διαδικασία που είναι διαρκής και αποτελεί ένα φαύλο κύκλο, αντιμετωπίζεται από τις εταιρείες με αντίστροφη επιλογή, μία έννοια που μπορεί να ορισθεί ως η εν δυνάμει ικανότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών να επιλέγουν το άτομο που επιθυμούν να

ασφαλίσουν και όχι το ίδιο το άτομο να επιλέγει τον τρόπο, το πρόγραμμα και την εταιρεία που επιθυμεί να ασφαλισθεί.

Δύο άλλες αρνητικές πλευρές της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι το υψηλό διοικητικό κόστος και η αδυναμία της να πραγματοποιήσει οικονομίες κλίμακος, στοιχείο που χαρακτηρίζει μεγάλους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η ανάγκη των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών να προσελκύσουν μεγαλύτερο τμήμα της αγοράς ή να διατηρήσουν το τμήμα τους, επιβάλλει υψηλά έξοδα για διαφήμιση, πωλήσεις κ.ά. Επί πλέον το υψηλό ανταγωνιστικό κλίμα με τα διαφορετικά προϊόντα ασφαλιστικών παροχών, απαιτεί αρκετό ανθρώπινο δυναμικό (διαχειριστές, αναλογιστές και οικονομολόγους) για να ελέγξει, παρακολουθήσει τους λογαριασμούς και να προγνώσει τις πιθανές μελλοντικές δυνατότητες ανάπτυξης της αγοράς. Οι λόγοι αυτοί, εξηγούν κατά τον καλύτερο τρόπο το υψηλό διοικητικό κόστος (20% των συνολικών δαπανών υγείας) των ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες, όπως ο Καναδάς και η Μ. Βρετανία που έχουν κυρίως δημόσιες πηγές χρηματοδότησης (Hurst, 1985).

Επίσης πρέπει να τονισθεί, ότι ένα σύστημα υγείας που στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαπερνάται από την αρχή της δυνατότητας του ατόμου να πληρώνει για να αγοράσει την ασφαλιστική του κάλυψη. Το τελευταίο, οδηγεί ομάδες πληθυσμού που δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν (άνεργοι, φτωχοί) εκτός ασφαλιστικής κάλυψης. Υπό τις προϋποθέσεις αυτές η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών από τη συγκεκριμένη πηγή, δε θεωρείται ως γενική εναλλακτική λύση, αλλά μάλλον ως μια συμπληρωματική πηγή χρηματοδότησης.

Τα αναφερθέντα δυσμενή χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης, σε συνδυασμό με άλλους πολιτικούς λόγους, οδήγησαν την αμερικανική κυβέρνηση να εισάγει τη δεκαετία του '60 δύο δημόσια σχήματα, το Medicare για τους ηλικιωμένους και το Medicaid για τους άπορους και

φτωχούς. Χαμηλή απόδοση του συστήματος, σπατάλη πόρων, υψηλότατοι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης των δαπανών υγείας και ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (περίπου 35 εκατομ. Κάτοικοι) τελείως ανασφάλιστο σε ένα σύστημα όπου η ιδιωτική ασφάλιση παίζει κυρίαρχο ρόλο, αποτελούν τις κυριότερες αιτίες για προτάσεις που επιμένουν στην εισαγωγή ενός εθνικού σχήματος ασφάλισης (National Health Insurance) που θα χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες υγείας και θα προσφέρει κάλυψη σε όλους τους αμερικανούς πολίτες (Enthoven and Kronick, 1989).

Τελικά, θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η ιδιωτική ασφάλιση ως συμπληρωματική πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ίσως προκαλέσει μια σειρά από παρενέργειες και προβλήματα, τα οποία δεν αφορούν μόνο το σύστημα υγείας και την πολιτική υγείας, αλλά συνδέονται άμεσα με ζητήματα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Για παράδειγμα στη Γαλλία, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης έχουν επιβάλλει τη συμμετοχή – επιβάρυνση του ασθενούς στη χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών για τον περιορισμό της κατανάλωσης και έλεγχο του κόστους. Η ιδιωτική ασφάλιση, τροποποίησε και προσαρμοσε τα προγράμματά της στην πολιτική αυτή, με αποτέλεσμα να καλύψει ένα ποσοστό του πληθυσμού πάνω από 50% για τις επιβληθείσες επιβαρύνσεις (Forsyth, 1982). Ως συνέπεια της εξέλιξης αυτής στη Γαλλία είναι η ακύρωση της πολιτικής συγκράτησης του κόστους των υπηρεσιών και η διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Από την άλλη πλευρά στη Μ. Βρετανία, οι νέες προτάσεις για το NHS που αφορούν την προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μέσω φορολογικών απαλλαγών (DHSS, 1989) ίσως προκαλέσουν : α) διόγκωση των δαπανών υγείας και κατασπατάληση σπάνιων εθνικών πόρων (Barr et al, 1989) β) μειώσουν την ισότητα και τη δίκαιη φορολογική μεταχείριση των πολιτών και γ) ίσως τελικά παρακινήσουν τους γενικούς γιατρούς που διαχειρίζονται προϋπολογισμούς για λογαριασμό των ασθενών τους, να ενθαρρύνουν

τους ασθενείς να αγοράσουν ένα πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, προκειμένου οι μεν ασθενείς να εξυπηρετούνται άμεσα, οι δε γιατροί να αποφεύγουν την επιβάρυνση του δικού τους διαθέσιμου προϋπολογισμού για τους συγκεκριμένους ασθενείς (Propper and Maynard, 1990).

### **2.2.2 Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση**

Το σχήμα της υποχρεωτικής καθολικής ασφάλισης που είναι δυνατό να φέρει διάφορους τίτλους, όπως εθνική, κοινωνική ή δημόσια ασφάλιση, είναι ένας από τους διαδεδομένους τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος σε γενικές γραμμές αντλεί το περιεχόμενο και τον τρόπο λειτουργίας του από το γερμανικό πρότυπο των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης συντεχνιών και ομάδων εργαζομένων του Bismarck. Η κοινωνική ασφάλιση στις περισσότερες χώρες λόγω της φύσης της, ως θεσμού προστασίας των εργαζομένων από τον κίνδυνο και την ασθένεια, έχει περιέλθει κάτω από κυβερνητικές ρυθμίσεις και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο κρατικός προϋπολογισμός χρηματοδοτεί τη λειτουργία της (τριμερής χρηματοδότηση).

Ο βασικός μηχανισμός της στηρίζεται στις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών, τις οποίες καθορίζουν είτε οι ίδιοι οι εταίροι είτε κυβερνητικές ρυθμίσεις. Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης στην πορεία της εξέλιξης τους κάλυψαν όλες σχεδόν τις επίσημες μορφές περίθαλψης και συμπεριέλαβαν και τα προστατευόμενα μέλη των άμεσα ασφαλισμένων. Ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων και οι διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας όπως είναι φυσικό διαφέρει σε κάθε χώρα. Παρά το γεγονός αυτό, ο μηχανισμός της άντλησης κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα είναι ο κλασσικός και στηρίζεται

στη συμμετοχή εργοδοτών και εργαζομένων. Τα επιχειρήματα υπέρ και κατά του μηχανισμού αυτού της κοινωνικής ασφάλισης συζητούνται με την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις επόμενες παραγράφους.

### **Επιχειρήματα κατά της κοινωνικής ασφάλισης**

1. Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης έχει υψηλότερο διοικητικό κόστος που προέρχεται τόσο από τις διαδικασίες συλλογής των εισφορών, όσο και από τις διαδικασίες χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης έχουν υψηλότερες δαπάνες υγείας σε σχέση με τα αντίστοιχα της γενικής φορολογίας (McLahlan, 1982). Ο αριθμός επίσης των ασφαλιστικών φορέων συμβάλλει στη διόγκωση των δαπανών. Το παράδειγμα της Γερμανίας, αλλά και η περίπτωση της χώρας μας εμποδίζουν σε αρκετές περιπτώσεις όχι μόνο της επίτευξη οικονομικών κλίμακος, αλλά λειτουργούν προς την αντίθετη κατεύθυνση.

2. Η συνεισφορά των εργοδοτών στην κοινωνική ασφάλιση μετακυλιέται τελικά στην κατανάλωση, μέσω της αύξησης των τιμών των προϊόντων. Αυτό είναι όχι μόνο σε βάρος του καταναλωτή, αλλά είναι δυνατό η αύξηση της τιμής των εγχωρίων προϊόντων σε σχέση με τα εισαγόμενα να τα κάνει λιγότερο ανταγωνιστικά, με αποτέλεσμα αύξηση της ανεργίας ή / και διόγκωση των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών οργανισμών (Ludbrook and Maynard, 1988).

3. Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των υψηλών εργοδοτικών εισφορών ενοχοποιείται επειδή επιβαρύνει υπέρμετρα τις

επιχειρήσεις έντασης εργασίας σε σχέση με τις αντίστοιχες έντασης κεφαλαίου και αυτό αποτελεί ένα είδος διάκρισης (Rodwin, 1982).

4. Είναι γνωστό ότι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών υπολογίζονται με ένα δεδομένο συντελεστή και έχουν ένα ανώτατο όριο. Υπό την έννοια αυτή, ο σταθερός συντελεστής είναι αναλογικός και όχι προοδευτικός, σε σχέση με το φορολογικό συντελεστή του ατομικού εισοδήματος. Αυτό προφανώς εμπεριέχει προβλήματα ισότητας, φοροδοτικής ικανότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι λόγοι αυτοί οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω της γενικής φορολογίας είναι προτιμότερη (Public Finance Foundation, 1988).

5. Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών υγείας δεν είναι τόσο αποτελεσματικές όσο στα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κεντρικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, όπως για παράδειγμα το βρετανικό σύστημα, το οποίο έχει καταφέρει αξιοσημείωτα αποτελέσματα (Thwaites, 1987η Nolan, 1988). Αυτό βεβαίως φαίνεται να ισχύει σε χώρες που υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι οποίοι δεν είναι συντονισμένοι κάτω από ένα ενιαίο ασφαλιστικό φορέα ή ένα κοινό ταμείο χρηματοδότησης. Αντιθέτως στον Καναδά, που από το 1973 λειτουργεί εθνικός οργανισμός ασφάλισης υγείας και ασκεί τη μονοφωνιακή του δύναμη στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, έχει επιτύχει αξιοσημείωτα αποτελέσματα στον έλεγχο των δαπανών υγείας την τελευταία 15ετία (Evans, 1982:Culyer, 1988:Evans et al, 1989).

Αξίζει τέλος να σημειωθεί, ότι τα αναφερθέντα επιχειρήματα αφορούν την περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί και λειτουργεί ιστορικά και στη χώρα μας, ως σύστημα εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών. Παρά το γεγονός ότι η διμερής χρηματοδότηση τείνει τελικά να γίνει τριμερής – με τη συμμετοχή του κράτους – λόγω της εγγενούς αδυναμίας ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της γενικότερης



οικονομικής κρίσης, η παραπάνω ανάλυση και επιχειρηματολογία διατηρεί στο ακέραιο την αξία της.

### 2.2.3 Γενική Φορολογία

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχουν αναπτυχθεί στις προηγούμενες παραγράφους για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω της γενικής φορολογίας, καλύπτουν σε σημαντικό βαθμό την εξεταζόμενη εναλλακτική λύση χρηματοδότησης. Θεωρείται όμως αναγκαίο να επισημανθεί ότι η συζήτηση για την εξεύρεση της καταλληλότερης μεθόδου – κοινωνική ασφάλιση / γενική φορολογία – δεν είναι μόνο ένα ζήτημα πολιτικής υγείας, αλλά επίσης ένα κρίσιμο θέμα οικονομικής πολιτικής (Barr, 1987; Klein, 1988). Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη αποφεύγει να υπεισέλθει άμεσα σε μια ατέρμονη θεωρητική συζήτηση, προσεγγίζει και υιοθετεί την άποψη ότι το ζήτημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας συναρτάται και διαπλέκεται άμεσα και με τους δύο τομείς. Η εξέταση των προοπτικών της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας αναμένεται ότι θα ενισχύσει αυτή την άποψη.

Αξίζει επίσης να τονισθούν δύο επίκαιρα και σημαντικά ζητήματα που αφορούν την προοπτική της γενικής φορολογίας. Το πρώτο κατατάσσεται στην κατηγορία των μειονεκτημάτων της γενικής φορολογίας ως μοναδικής ή κύριας πηγής χρηματοδότησης. Αφορά την τάση που διαμορφώνεται την τρέχουσα δεκαετία με την οποία τα περισσότερα άτομα είναι απρόθυμα να

πληρώνουν υψηλούς φόρους. Είναι άλλωστε γεγονός ότι τα περισσότερα πολιτικά κόμματα κερδίζουν τις εκλογές με την υπόσχεση της χαμηλότερης φορολογίας και της μείωσης των φορολογικών συντελεστών. Το άλλο ανήκει στην κατηγορία των πλεονεκτημάτων. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω του προϋπολογισμού, δίνει τη δυνατότητα στην κυβέρνηση να επιβάλλει πιο εύκολα φραγμούς στην ανάπτυξη των δαπανών και στον περιορισμό του κόστους. Το βρετανικό ΕΣΥ που προσφέρει ελεύθερα και δωρεάν υπηρεσίες σε όλους και έχει τις χαμηλότερες δαπάνες μεταξύ όλων των αναπτυγμένων χωρών, αποτελεί κλασσικό παράδειγμα (Abel Smith, 1985a; Maxwell, 1988)

#### **2.2.4 Ειδική Φορολογία**

Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί στα πλαίσια της πολιτικής «Υγεία για όλους το έτος 2000» του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, η άντληση κεφαλαίων να προέρχεται και από τη θέσπιση ειδικής φορολογίας (earmarked tax) για ορισμένα καταναλωτικά προϊόντα όπως οινόπνευμα, καπνός κ.ά. (Abel Smith, 1985a). Ήδη ορισμένες χώρες, όπως η Ν. Ζηλανδία έχουν ήδη προχωρήσει θεσπίζοντας ειδικό φόρο για προϊόντα που κρίνονται επιβλαβή για την υγεία. Είναι προφανές ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση των προϊόντων αυτών οδηγεί σε υψηλότερη κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών.

Το πρόβλημα με τον παραπάνω τύπο της φορολογίας επικεντρώνεται στα εξής μειονεκτήματα: α) τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να υλοποιηθεί επειδή έχει υψηλό κόστος διοίκησης β) ίσως να είναι δημοφιλής και να δημιουργεί πολιτικά προβλήματα και γ) τελικά ίσως αποδειχθεί μη προοδευτική φορολογία, αφού επιβαρύνει τα χαμηλότερα εισοδήματα, τα οποία τις περισσότερες φορές καταναλώνουν μεγαλύτερες

ποσότητες οινόπνευματος, καπνού κ.λ.π. (Hoare, 1987). Από την άλλη πλευρά είναι εύκολο να προσδιορισθούν τα επιβλαβή προϊόντα και το ύψος του φόρου και είναι πιθανό η θεσμοθέτησή του, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση, να προκαλέσει αλλαγές στην υγειονομική συμπεριφορά των ατόμων προς την επιθυμητή κατεύθυνση.

### **2.2.5 Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs)**

Στις ΗΠΑ από τη δεκαετία του '60 ένας νέος τρόπος ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας, από οργανωμένες ομάδες γιατρών δοκιμάζεται σε μία ευρύτερη βάση. Οι Οργανισμοί Διατήρησης Υγείας (Health Maintenance Organisations) αποτελούν οργανωμένες ομάδες γιατρών που αναλαμβάνουν να προσφέρουν ένα πλήρες πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης σε εκ των προτέρων καθορισμένη τιμή για ένα χρόνο, σε εκείνους που επιλέγουν να εγγραφούν. Το ποσόν της εγγραφής πληρώνεται εκ των προτέρων ή σε τακτές δόσεις και οι εγγραφόμενοι καλύπτονται για κάθε χρήση υπηρεσιών που γίνεται μέσω των HMOs. Οι ομάδες γιατρών καλύπτουν είτε το φάσμα όλων των υπηρεσιών σε συνεργατική βάση, είτε ορισμένοι εξ αυτών προσφέρουν την εργασία τους με μισθό, είτε τέλος οι HMOs έρχονται σε διαπραγμάτευση με άλλες επιχειρήσεις π.χ. νοσοκομεία και ειδικά κέντρα προκειμένου να αγοράσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για τους συνδρομητές των. Με άλλα λόγια ένας HMOs μπορεί να παρέχει ο ίδιος όλο το φάσμα των υπηρεσιών ή να αγοράζει μερικές από άλλα ιδρύματα. Υποστηρίζεται ότι αν και η ιδέα φαίνεται νέα και πρωτοποριακή, έχει τις ρίζες της στο σχήμα της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck (Abel Smith, 1985b).

Παρά την πιο πάνω διαμάχη που έχει μάλλον ιστορικό χαρακτήρα, πρέπει να τονισθεί ότι η ουσιαστική και ενδιαφέρουσα καινοτομία των ΗΜΟs που τους δίνει ένα συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με άλλους τύπους φροντίδας, είναι ότι καταργεί τον ενδιάμεσο (intermediary) μεταξύ ασθενούς και γιατρού. Από τη στιγμή που οι παρέχοντες τις υπηρεσίες υγείας παίζουν ταυτόχρονα το ρόλο του τρίτου που πληρώνει (third party player), έχουν κάθε κίνητρο να πραγματοποιήσουν οικονομίες, να ελέγξουν το κόστος και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους. Με άλλα λόγια η προσπάθεια των ΗΜΟs είναι να διατηρήσουν υγιείς τους συνδρομητές τους και να πάρουν εκείνα τα απαραίτητα μέτρα που θα τους προφυλάξουν και θα προάγουν την υγεία τους. Η επιτυχία του τελευταίου στόχου ισοδυναμεί με μείωση των εξόδων, αύξηση της ανταγωνιστικότητας, μείωση των ετήσιων εισφορών και κατ' επέκταση αύξηση του ποσοστού της αγοράς.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη λειτουργία των ΗΜΟs έχουν αποδείξει, ότι εκτός από τη δυνατότητα επιλογής που προσφέρουν στους καταναλωτές, ίσως αποτελούν τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο για έλεγχο του κόστους και της υπερβολικής χρησιμοποίησης των υφισταμένων υπηρεσιών (Manning et al, 1984). Όμως από την άλλη πλευρά, το ανταγωνιστικό κλίμα της αγοράς των υγειονομικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ ίσως δημιουργεί το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής (adverse selection). Υποστηρίζεται ότι αρκετοί ΗΜΟs εγγράφουν ως συνδρομητές ανθρώπους με χαμηλό κίνδυνο ασθένειας και αποφεύγουν τις κακές περιπτώσεις (Luft, 1981; Marcus, 1981) ή ότι προτιμούν και επιλέγουν να εγγράφουν ομάδες που αποδεδειγμένα έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας (Buchanan and Cretin, 1986).

Παρά τα τελευταία προβλήματα η επιλογή για την προώθηση και ανάπτυξη των ΗΜΟs πρέπει να εξετάζεται χωρίς δογματισμούς, επειδή η φιλοσοφία της λειτουργίας τους ακυρώνει την έμφυτη τάση της υπερβολικής

κατανάλωσης στις υπηρεσίες υγείας που χαρακτηρίζει κάθε υγειονομικό σύστημα. Στην περίπτωση μάλιστα που το ιατρικό επάγγελμα δέχεται να παρέχει υπηρεσίες κάτω από την αρχή του ΗΜΟ, πρέπει να θεσπίζονται ειδικά κίνητρα διευκόλυνσης.

### **2.2.6 Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs)**

Μία παραλλαγή των ΗΜΟs εμφανίσθηκε τη δεκαετία του '80 στις ΗΠΑ με την ονομασία Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organisations – PPOs). Η προέλευσή τους οφείλεται στην επιθυμία των ασφαλιστικών εταιρειών να ανταγωνισθούν τους ΗΜΟs και να δώσουν εναλλακτικές λύσεις και επιλογές στους αμερικανούς πολίτες. Όπως στην περίπτωση των ΗΜΟs έτσι και τους PPOs υπάρχει ένα ασφάλιστρο, το οποίο επιβαρύνει είτε τους εργοδότες είτε τους ασφαλισμένους, ή/ και μοιράζεται μεταξύ τους. Οι ασφαλιστικές εταιρείες συμβάλλονται επιλεκτικά για ένα χρόνο με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσοκομεία), οι οποίοι αναλαμβάνουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατά περίπτωση στους ασφαλισμένους σε μία εκ των προτέρων καθορισμένη τιμή.

Τα συμβόλαια μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των προμηθευτών είναι ετήσια και υπογράφονται μετά από διαπραγμάτευση. Η αποζημίωση των προμηθευτών είναι κατά πράξη και περίπτωση, αλλά για

τον έλεγχο του όγκου και της δραστηριότητας τους, είναι υποχρεωμένοι να κρατούν αρχεία των ασθενών και να δέχονται ελέγχους εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών, ώστε να διαπιστώνεται η λελογισμένη χρησιμοποίηση των πόρων. Σε περίπτωση που η συνολική δραστηριότητα και ο όγκος των ιατρικών – νοσοκομειακών πράξεων δε δικαιολογείται με βάση τη συνήθη πρακτική, τότε ο προμηθευτής διαγράφεται αυτόματα από τη λίστα των PPOs (Cowan, 1984).

Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής από τη λίστα των επιλεγμένων προμηθευτών και να ζητήσουν φροντίδες χωρίς καμία

οικονομία επιβάρυνση. Έχουν επίσης το δικαίωμα να επιλέξουν άλλους προμηθευτές εκτός του PPO, αλλά αυτό προϋποθέτει ένα πρόσθετο οικονομικό κόστος που βαρύνει τους ίδιους.

Υποστηρίζεται ότι οι PPOs έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ελέγξουν το ανερχόμενο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση με ένα ελεύθερο και μη ελεγχόμενο σύστημα αμοιβών κατά πράξη και περίπτωση. Επίσης δίδουν τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να εξασκήσουν πλήρως το δικαίωμα επιλογής όχι μόνο από μία μεγάλη λίστα προμηθευτών αλλά και από το σύνολο των προμηθευτών. Τέλος η αποζημίωση των προμηθευτών κατά πράξη και περίπτωση, αποτελεί ένα ικανοποιητικό κίνητρο για να δεχθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ένα PPO. Από την άλλη πλευρά έχει υποστηριχθεί ότι οι PPOs είναι ένα εφεύρημα των ασφαλιστικών εταιρειών για να ανταγωνισθούν και να ελέγξουν την εξάπλωση των HMOs, οι οποίοι θεωρούνται επικίνδυνοι για το μέλλον της ασφαλιστικής αγοράς υγείας. Επίσης είναι δυνατό να παρουσιασθεί το πρόβλημα της αντίστροφης επιλογής (adverse selection), αφού είναι συμφέρον των PPOs να αποφύγουν να κάνουν μέλη ευπαθείς ομάδες πληθυσμού που κατά τεκμήριο κάνουν μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας.

### 2.3 Το Πρόβλημα της Ηθικής Βλάβης (moral hazard)

Ένα από τα ιδιαίτερα θέματα του υγειονομικού τομέα είναι το πρόβλημα της υπερβάλλουσας ζήτησης (excess demand) το οποίο έχει γίνει γνωστό στη βιβλιογραφία ως ηθική βλάβη (moral hazard). Υπό την έννοια ηθική βλάβη, επιχειρείται να περιγραφεί η αύξουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία οφείλεται στην ιδιαίτερη οικονομική σχέση και χαλάρωση που υπάρχει μεταξύ του καταναλωτή και του όγκου της κατανάλωσης που πραγματοποιεί (Culyer et al, 1988). Η ύπαρξη της ηθικής βλάβης είναι έμφυτη σε κάθε σύστημα χρηματοδότησης (ιδιωτική ασφάλιση, κοινωνική ασφάλιση, γενική φορολογία). Αυτό επειδή σε κάθε σύστημα ο καταναλωτής υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει μηδενικές ή σχεδόν μηδενικές τιμές στο σημείο της κατανάλωσης. Το τελευταίο, συμβάλλει αποφασιστικά στην αύξησή της γιατί ο χρήσης δεν έχει κανένα οικονομικό κίνητρο να περιορίσει τον όγκο της, από τη στιγμή που πάντα υπάρχει ένας τρίτος που καλύπτει το κόστος.

Το πρόβλημα της ηθικής βλάβης εκ μέρους του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας έχει προταθεί να αντιμετωπισθεί – ανεξάρτητα από τον υφιστάμενο τρόπο χρηματοδότησης – με τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών. Οι πολιτικές επιβολής της συμμετοχής του ασθενή στην κάλυψη ενός μέρους των εξόδων, εκτός του ότι αντιμετωπίζουν το ζήτημα της ηθικής βλάβης, αποτελούν ταυτόχρονα πολιτικές ελέγχου του κόστους και υπό ευρεία έννοια θεωρούνται ως μία συμπληρωματική εναλλακτική μέθοδος χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Υπό το πλαίσιο αυτό, η συζήτηση για την ηθική βλάβη εμπεριέχει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος τόσο ως προσπάθεια ελέγχου του κόστους, όσο και

ως προσπάθεια άντλησης πρόσθετων οικονομικών πόρων, που είναι τελικά μία εναλλακτική και επικουρική μέθοδος χρηματοδότησης των υπηρεσιών.

Εμπειρικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη Β.Αμερική έχουν αποδείξει ότι η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος είναι ένα αποτελεσματικό μέτρο που συντελεί στην μείωση των ζητούμενων υπηρεσιών (Newhouse et al, 1987). Υποστηρίζεται επίσης ότι η επιβάρυνση του ασθενούς για ορισμένες υπηρεσίες που δεν κρίνονται απαραίτητες είναι δυνατό να απελευθερώσει πόρους, που πιθανά να χρησιμοποιηθούν σε άλλες ανάγκες και προτεραιότητες. Τέλος αναπτύσσεται η άποψη, ότι η επιβάρυνση του καταναλωτή στο κόστος, είναι ένα πρωταρχικά κοινωνικό ζήτημα και με την έννοια αυτή είναι δυνατό να παρακινήσει το ενδιαφέρον των καταναλωτών, των ενώσεών τους και των φορέων τους, με αποτέλεσμα την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών και περιορισμού της ηθικής βλάβης.

Από την άλλη πλευρά μια σειρά προβλημάτων είναι δυνατό να επιφέρει η θεσμοθέτηση της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος. Έχει αποδειχθεί στις ΗΠΑ, ότι η εισαγωγή των επιβαρύνσεων και η συμμετοχή στο κόστος, επιδρά περισσότερο στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ομάδες, οι οποίες κατά τεκμήριο έχουν μεγαλύτερες ανάγκες υγείας (Lohr et al, 1986). Η επιβάρυνση στα χαμηλά οικογενειακά εισοδήματα μπορεί να αποτελέσει τελικά, ένα επί πλέον φραγμό στη ζήτηση με συνέπεια τη διεύρυνση και διαιώνιση των υγειονομικών ανισοτήτων. Υποστηρίζεται επίσης, ότι η επιβάρυνση του καταναλωτή στις εξωνοσοκομειακές και προληπτικές υγειονομικές υπηρεσίες, είναι δυνατό να επιφέρει αναβολή χρησιμοποίησης των αναγκαίων υπηρεσιών σε ένα πρώιμο στάδιο, που η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι τις περισσότερες φορές ιάσιμη και απαιτεί ένα χαμηλό επίπεδο δαπανών. Αντίθετα σε επόμενα στάδια και η εξέλιξή της ασθένειας μπορεί να αποβεί δυσμενής



και το κόστος της αντιμετώπισης της να είναι αρκετά υψηλό. Επί πλέον έχει αποδειχθεί εμπειρικά, ότι το διοικητικό κόστος από την εισαγωγή των επιβαρύνσεων είναι σημαντικό. Ιδιαίτερα μάλιστα σε ένα σύστημα χρηματοδότησης όπως το γαλλικό που στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, οι επιβαρύνσεις (ticket moderator) απεδείχθησαν ένα μη αποτελεσματικό μέτρο μείωσης της ζήτησης επειδή η ιδιωτική ασφάλιση, όπως ήδη αναφέρθηκε, έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο (Forsyth, 1982).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί, ότι ένα σύστημα που χρηματοδοτείται με περιορισμένα κεφάλαια μέσω της φορολογίας και λειτουργεί ως Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι κατάλογοι προτεραιότητας και ο χρόνος αναμονής αποτελούν μοναδικές τεχνικές διανομής για τον έλεγχο της υπερβολικής ζήτησης (Cullis and West, 1979; Williams, 1987). Είναι όμως πιθανό, όταν δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν και η αγορά των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί χωρίς περιορισμούς, όπως αναλύεται παρακάτω για την περίπτωση της χώρας μας, η ζήτηση και χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας τείνει να λάβει εκρηκτικές διαστάσεις.

Επίσης είναι αναγκαίο να γίνει μια μικρή αναφορά σε ένα άλλο ιδιαίτερο πρόβλημα του υγειονομικού τομέα, το οποίο σχετίζεται με την προκλητή ζήτηση ή τη ζήτηση που εισάγεται από τον προμηθευτή (supplier-induced demand), που στην περίπτωση μας είναι ο γιατρός (Evans, 1974). Υποστηρίζεται ότι όταν ο γιατρός αποζημιώνεται κατά πράξη και περίπτωση, δεν έχει κανένα οικονομικό κίνητρο να περιορίσει την κατανάλωση για λογαριασμό του ασθενή. Αντίθετα, επιθυμώντας να αυξήσει το εισόδημά του είναι πιθανό να αυξήσει το εισόδημά του είναι πιθανό να αυξήσει τη ζήτηση. Στην περίπτωση μάλιστα, που ο ασθενής δε συμμετέχει στο κόστος και πληρώνει ο φορέας που τον καλύπτει (third party payer), τότε οι ηθικοί φραγμοί του γιατρού μειώνονται σημαντικά και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης κυριαρχεί. Μακροχρόνιες εμπειρικές έρευνες στις ΗΠΑ, δεν έχουν καταλήξει στα ίδια αποτελέσματα σχετικά με

το φαινόμενο της ζήτησης που εισάγεται από τον προμηθευτή γιατρό. Σε παλαιότερη μελέτη του ο Paully (1980) δε βρήκε προκλητή ζήτηση ή ηθική βλάβη εκ μέρους των γιατρών. Αντίθετα, οι Rice (1983) και Cromwell and Mitsel (1986) ισχυρίζονται, ότι σε αρκετές περιπτώσεις η υπερβάλλουσα ζήτηση προέρχονταν από το ιατρικό σώμα. Τελικά, το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης εξουδετερώνεται με τη λειτουργία των ΗΜΟs επειδή απουσιάζει ο τρίτος που πληρώνει. Υποστηρίζεται επίσης, ότι και σε ένα ΕΣΥ το πρόβλημα υπό την παραπάνω έννοια ελλείπει (McGuire et al, 1987), παρά το γεγονός ότι είναι δυνατό να σημειωθεί υπερβάλλουσα ζήτηση εκ μέρους των γιατρών, εξ αιτίας της αδυναμίας τους να προχωρήσουν σε τελική διάγνωση ή για εκπαιδευτικούς καθαρά λόγους. Οι τελευταίοι βεβαίως λόγοι, είναι δυνατό να απαντηθούν σε κάθε σύστημα υγείας που οι μηχανισμοί ελέγχου είναι χαλαροί.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**

# Τα οικονομικά της Υγείας σε Σχέση με τον Προγραμματισμό και τις Πολιτικές Υγείας

Αν και η οικονομική επιστήμη, με τη σημερινή της εκδοχή άρχισε να αναπτύσσεται από τον 17ο αιώνα, τα οικονομικά της υγείας (health economics) άρχισαν να εμφανίζονται τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό συνέβη, όταν η κοινωνία συνειδητοποίησε ότι το κόστος για την υγεία συνεχώς αυξάνεται και τα αποτελέσματα των ιατρικών παρεμβάσεων δεν ήταν τόσο ικανοποιητικά, ώστε να δικαιολογούν το μέγεθος των σπανίων οικονομικών πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας. Η αρχή έγινε από τις Ηνωμένες Πολιτείες, των οποίων το υγειονομικό σύστημα και η χρηματοδότηση του προέρχεται κυρίως από ιδιωτικές πηγές. Ο ιδιωτικός τομέας και η ιδιωτική ασφάλιση στην προσπάθεια αναζήτησης τρόπων για τη μείωση των εξόδων και τη μεγιστοποίηση των κερδών, προχώρησε και αναζήτησε τους βέλτιστους τρόπους παραγωγής, διαχείρισης και διανομής των φροντίδων υγείας. Στα πλαίσια αυτά, παρουσιάζονται στο προσκήνιο, οι αρχές της οικονομικής επιστήμης στην ιατρική και τον υγειονομικό τομέα. Γρήγορα όμως κάτω από το βάρος της σπανιότητας των διαθέσιμων πόρων και της ανάγκης για επιλογές, τα οικονομικά της υγείας επεκτείνονται στην ευρωπαϊκή ήπειρο και διαχέονται ταχύτητα, ακόμη και σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, στην οποία το υγειονομικό σύστημα, μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο, αναπτύσσεται με την κρατική ευθύνη, είναι ελεύθερα προσιτό σε όλους τους πολίτες και επί πλέον στηρίζεται σε μηδενικές τιμές, αφού ο κρατικός προϋπολογισμός έχει αναλάβει την αποκλειστική χρηματοδότηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας.

Στη χώρα μας, τα οικονομικά της υγείας άρχισαν να εμφανίζονται μόλις στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας σε ένα περιορισμένο ακαδημαϊκό επίπεδο και με πρωτοβουλία ορισμένων ερευνητών άρχισαν κάποιες προσπάθειες καταγραφής και ανάλυσης των οικονομικών μεγεθών και παραμέτρων που συγκροτούν το ελληνικό σύστημα. Ταυτόχρονα, άρχισε να διατυπώνεται η ανάγκη για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και η οικονομική τους αξιολόγηση.

Δυστυχώς όμως, και παρά το γεγονός ότι η αποδοχή για την είσοδο της οικονομικής επιστήμης στον υγειονομικό τομέα φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερους υποστηρικτές, η κεντρική διοίκηση δεν έχει ακόμη αντιληφθεί της αναγκαιότητά της. Η καθυστέρηση αυτή, βεβαίως δεν αφορά μόνο τα οικονομικά της υγείας, αλλά διατρέχει όλες τις κοινωνικές και οργανωτικές επιστήμες που είναι απαραίτητο να εισαχθούν στο υγειονομικό μας σύστημα όπως το management, η πληροφορική η κοινωνιολογία κ.ά. ώστε να συμβάλλουν στην διαμόρφωση σύγχρονων και αποτελεσματικών πολιτικών υγείας.

Πριν να επιχειρηθεί η καταγραφή των δυνατοτήτων παρέμβασης των οικονομικών υγείας στον υγειονομικό τομέα και στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία, είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι τα πρώτα σπέρματα των οικονομικών της υγείας απαντώνται ταυτόχρονα με τη διαμόρφωση των αρχών της οικονομικής επιστήμης. Ένας από τους πρωτοπόρους που ασχολήθηκαν με την εκτίμηση της ανθρώπινης ζωής ήταν ο οικονομολόγος και στατιστικός William Petty που έζησε στην Αγγλία από το 1623 έως το 1687. Ο Petty επιχείρησε να αποτιμήσει την ανθρώπινη ζωή με βάση τη συνεισφορά του ατόμου στην εθνική παραγωγή. Αφορμή γι' αυτό στάθηκε η επιδημία πανούκλας η οποία έπληξε τον πληθυσμό του Λονδίνου τη δεκαετία του 1670. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του βρήκε ότι οι δαπάνες, οι οποίες έσωζαν ζωές μέσω της βελτίωσης της ιατρικής θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως μια καλή

επένδυση, αφού οι μελλοντικές ωφέλειες στην εθνική παραγωγή από την επιβίωση των ατόμων, ήταν μεγαλύτερες από το κόστος παροχής ιατρικών υπηρεσιών (Lee and Mills, 1983).

Μία ανάλογη εργασία που αφορούσε την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων της Γαλλίας πραγματοποιήθηκε από τον Jacques Necker το έτος 1784. Εκτός από την πρώτη βάση δεδομένων που δημιούργησε για τους νοσηλευθέντες, πρότεινε μέσα για την αξιοποίηση της περιουσίας των νοσοκομείων, κατέγραψε τα έσοδα και έξοδά τους και εισηγήθηκε τρόπους για τον περιορισμό των εξόδων τους (Rochait and Patout, 1992).

Επίσης, πολλοί θεωρούν τον Francois Quesnay, ως έναν από τους θεμελιωτές των οικονομικών της υγείας (Rösch, 1973) στη Γαλλία, δεδομένου ότι επεχείρησε την κατασκευή οικονομικών πινάκων διπλής εισόδου με τη μεταφορά των ροών από τον ανθρώπινο κυκλοφοριακό σύστημα, το οποίο επίσης θεωρείται διπλής εισόδου αφού εμπεριέχει το αρτηριακό και φλεβικό σκέλος.

Στη σημερινή καθημερινή πραγματικότητα τα οικονομικά της υγείας μπορούν να χαρακτηρισθούν, ως επιστήμη των οικονομικών που εφαρμόζεται στον υγειονομικό τομέα. Έτσι τα οικονομικά της υγείας επιχειρούν σε μικρό και ατομικό επίπεδο να εκπαιδεύσουν τους επαγγελματίες του υγειονομικού τομέα, οι οποίοι λαμβάνουν αποφάσεις, δηλαδή γιατρούς, νοσηλευτές και managers και των οποίων οι αποφάσεις εμπεριέχουν στοιχεία οικονομικού κόστους όταν ασχολούνται με τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Ακόμη, είναι δυνατό να εκπαιδεύουν σε μικρότερο βαθμό τους ασθενείς και το κοινό γενικότερα όταν προσπαθούν να μεταφέρουν ότι η πρόληψη των ασθενειών είναι περισσότερο οικονομικά συμφέρουσα από τη θεραπεία. Ταυτόχρονα όμως, σε μακρο –και συνολικό επίπεδο στα πλαίσια του υγειονομικού τομέα τα οικονομικά της υγείας επιχειρούν να απαντήσουν

στα παρακάτω βασικά ερωτήματα που απασχολούν κάθε τύπο υγειονομικού συστήματος:

(α) Ποιες υπηρεσίες θα παραχθούν (φάρμακα, ιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτική φροντίδα) και πόσοι από τους διαθέσιμους πόρους θα δεσμευθούν για την παραγωγή αυτών των υπηρεσιών;

(β) Πως τελικά και με ποιους συνδυασμούς (περισσότεροι νοσηλευτές και λιγότεροι γιατροί ή το αντίθετο) θα παραχθούν οι απαιτούμενες υπηρεσίες;

(γ) Που θα είναι οι διαθέσιμες (επιλογή χώρου) υπηρεσίες και ποιος θα μπορεί να τις προμηθευτεί και να τις χρησιμοποιήσει;

Ανεξάρτητα από το εάν η αγορά και ο μηχανισμός των τιμών ή ο κεντρικός προγραμματισμός καθορίζει το μέγεθος των διαθέσιμων οικονομικών πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας, τα παραπάνω ερωτήματα που αφορούν επιλογές δεν είναι δυνατό να αγνοήσουν τα οικονομικά της υγείας. Τα τελευταία, τα οποία προσπαθούν να αποτιμήσουν τις επιλογές και να προσφέρουν τη βέλτιστη δυνατή λύση, η οποία θα αξιοποιήσει τους σπάνιους οικονομικούς πόρους και ταυτόχρονα θα συμβάλλει στην παραγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Βεβαίως, η ύπαρξη του μηχανισμού των τιμών αποκαλύπτει τις προτιμήσεις των καταναλωτών, οι οποίες μπορούν να προσδιορίσουν σε ένα μεγάλο βαθμό το μέγεθος της παραγωγής και να απαντήσουν ικανοποιητικά στα παραπάνω ερωτήματα. Αυτό γιατί το άτομο θα ενεργήσει κάτω από τη λογική ότι μπορεί να διαθέσει ένα τέτοιο ποσό για την αγορά υπηρεσιών υγείας με βάση τις προτιμήσεις του και τον προϋπολογισμό του, μέχρι το σημείο που το οριακό κόστος μιας επί πλέον χρηματικής μονάδος να ισούται με το οριακό όφελος που αντλεί από τη συγκεκριμένη αυτή ποσότητα υπηρεσιών που αγοράζει.

Εάν όμως, ο μηχανισμός των τιμών στο επίπεδο του ατόμου /καταναλωτή μπορεί να έχει εφαρμογή σε ορισμένα υγειονομικά προϊόντα

δεν είναι ο κανόνας σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Οι καταστροφικές συνέπειες της ασθένειας, έχουν οδηγήσει τα άτομα και την κοινωνία σε κάποιου είδους ασφάλιση ιδιωτική ή /και δημόσια για την κάλυψη του κινδύνου και την ελεύθερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών όταν υπάρχει ανάγκη. Έτσι οι προτιμήσεις των καταναλωτών είναι δυνατό να εκφραστούν σε ένα μεγάλο βαθμό από τον τρίτο που πληρώνει. Και αν στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης οι προτιμήσεις των καταναλωτών γίνονται ευκολότερα αντιληπτές, γιατί είναι δυνατό τα άτομα να μη ανανεώσουν τα συμβόλαια τους ή να προτιμήσουν άλλη ασφαλιστική κάλυψη, ανατρέχοντας στην αγορά και με τον τρόπο αυτό να επιβάλλουν μέσω των ασφαλιστικών εταιρειών τις προτιμήσεις τους, στην περίπτωση της υποχρεωτικής δημόσιας ασφάλισης και του κράτους οι προτιμήσεις δεν είναι δυνατό να εκφραστούν μέσω του μηχανισμού τιμών. Ακόμη και τότε όμως, τα οικονομικά της υγείας έχουν να προσφέρουν πολλά σε αυτούς που αποφασίζουν για λογαριασμό των χρηστών για την παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών υγείας.

Τα οικονομικά αντιμετωπίζονται συνήθως μάλλον με κακή διάθεση και με την έννοια αυτή είναι έμμεσα συνδεδεμένα με την παρατήρηση ότι τα μόνα δύο πράγματα σίγουρα στην καθημερινή ζωή είναι ο θάνατος και οι φόροι. Και αν κάποιος ακολουθήσει την απαισιόδοξη πλευρά μπορεί τότε να ισχυρισθεί ότι πράγματι τα οικονομικά της υγείας αφορούν κυρίως τους θανάτους και τους φόρους. Αλλά αν και ο θάνατος και οι φόροι είναι αναπόφευκτοι ευτυχώς δεν είναι αμετάβλητοι. Έτσι αν κάποιος ακολουθήσει την πιο αισιόδοξη πλευρά τότε μπορεί να ισχυρισθεί ότι τα οικονομικά της υγείας αφορούν την αναβολή του θανάτου και τη μείωση των φόρων (Williams, 1986).

Ακόμη, και αν τεθεί σε παρένθεση η έξοχη σύνδεση των οικονομικών και υγείας, όπως διατυπώνεται από τον A. Williams, τα οικονομικά της υγείας ως μια εκδοχή της οικονομικής επιστήμης που ασχολείται με την



οικονομική διάσταση του υγειονομικού τομέα μπορούν να περιγραφούν με τη διασκευή του ορισμού του Samuelson (1976) η οποία αφορά την οικονομική επιστήμη:

«Η μελέτη του πώς οι άνθρωποι καταλήγουν σε επιλογές με ή χωρίς τη χρήση του χρήματος να απασχολήσουν σπάνιους παραγωγικούς πόρους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε εναλλακτικές χρήσεις, να παράξουν διάφορα είδη υγειονομικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση υγεία και να διανείμουν αυτά για κατανάλωση τώρα ή στο μέλλον, μεταξύ διαφόρων ατόμων και ομάδων μέσα στην κοινωνία. Τέλος, τα οικονομικά της υγείας χρησιμοποιούν την οικονομική ανάλυση (κόστους – οφέλους) για τη βελτίωση της κατανομής πόρων» στην υγεία.

Στα πλαίσια αυτά, είναι αναγκαίο να επισημανθούν τα κύρια συστατικά των οικονομικών της υγείας και συνακόλουθα τα πεδία εφαρμογής τους, στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα. Στο Διάγραμμα 1.1. παρουσιάζονται σχηματικά τα στοιχεία, τα οποία συγκροτούν τα οικονομικά της υγείας ως πεδίο (topic) και ως επιστημονική κατεύθυνση (discipline) στη σημερινή εκδοχή τους.

Ειδικότερα οι βασικές συνιστώσες των οικονομικών της υγείας είναι:

(α) Η μελέτη και παρέμβαση των παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία και ευρίσκονται πέραν του συστήματος ιατρικής φροντίδας όπως ο επαγγελματικός κίνδυνος, τα καταναλωτικά πρότυπα, η εκπαίδευση, το εισόδημα, ο τρόπος ζωής και ποικίλοι κοινωνικοοικολογικοί παράγοντες.

(β) Ο προσδιορισμός του εννοιολογικού περιεχομένου της υγείας και της αξίας της με την υιοθέτηση διαφόρων τύπων και μεθόδων μέτρησης.

(γ) Η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, όπως η εξακρίβωση των συμπεριφορών χρηστών και παραγωγών και διευκρίνιση του ρόλου και των δομών, των τιμών και του τύπου οργάνωσης των υπηρεσιών.

(δ) Η σπουδή των μηχανισμών προσφοράς και ειδικότερα του τρόπου παραγωγής των φροντίδων υγείας, όπως επίσης η διερεύνηση των αγορών του υγειονομικού τομέα και των μεθόδων χρηματοδότησης.

(ε) Η οικονομική αξιολόγηση σε μικροεπίπεδο με τη χρήση των τεχνικών και αναλύσεων κόστους – οφέλους (cost – benefit analysis) κόστους – αποτελεσματικότητας (cost - utility) σε όλα τα στάδια της διαδικασίας των φροντίδων υγείας.

(στ) Η ανάλυση των μηχανισμών ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών και της πρόσβασης στις υπηρεσίες.

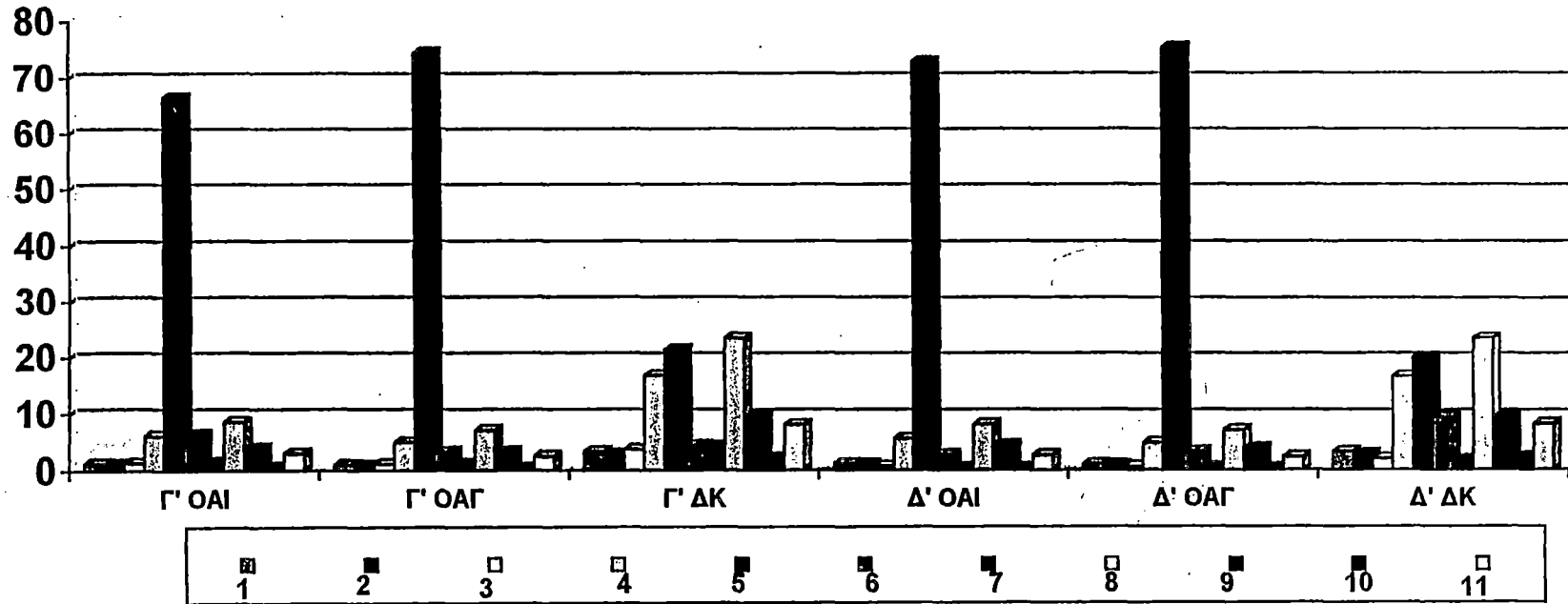
(ζ) Η αξιολόγηση του υγειονομικού τομέα συνολικά με την περιγραφή και ανάλυση των κριτηρίων ισότητας και αποδοτικότητας.

(η) Ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός, ο προϋπολογισμός και η παρακολούθηση των στόχων, των μέσων και αποτελεσμάτων των ακολουθούμενων πολιτικών.

Στα πλαίσια αυτά, είναι προφανές ότι τα οικονομικά της υγείας, όπως έχουν διαμορφωθεί στη σύντομη αλλά γόνιμη ιστορική τους εξέλιξη, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οργάνωση και τη λειτουργία του υγειονομικού τομέα και στις ακολουθούμενες πολιτικές υγείας και δεν είναι δυνατό να αγνοηθούν από τις οργανωμένες κοινωνίες.



**ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ %**



- 1. Ιματισμός
- 2. Διατροφή
- 3. Καθαριότητα
- 4. Γεν. Έξοδα

- 5. Υλικό Οστεοσύνθεσης
- 6. Φάρμακα (Νοσοκομειακή Τιμή)
- 7. Υγειονομικό Υλικό
- 8. Μισθ. Ιατρικού

- 9. Μισθ. Νοσηλ.επ.
- 10. Μισθ. Παριϊατρικού
- 11. Προς. Υποστήριξης

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το αντικείμενο της έρευνας αυτής είναι ο κατά το δυνατόν ακριβής προσδιορισμός του κόστους επιλεγμένων περιπτώσεων ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε δύο ορθοπεδικά τμήματα του ΚΑΤ και συγκεκριμένα τα Γ' & Δ' και αφορούν χειρουργικές επεμβάσεις:

- Ολικής αρθροπλαστικής ισχίου
- Ολικής αρθροπλαστικής γόνατος
- Διατροχανθήριου κατάγματος

Τα αποτελέσματα της μπορούν να ενταχθούν σε μια διαδικασία εφαρμογών για τον έλεγχο και τον προγραμματισμό της νοσοκομειακής διαχείρισης.

Είναι γνωστό ότι στη διαμόρφωση του νοσοκομειακού κόστους, μεταξύ των παραγόντων που παίζουν πρωταρχικό ρόλο είναι:

- Η τοποθέτηση του νοσοκομείου (κεντρικό – περιφερειακό)
- Το είδος του Νοσοκομείου (γενικό – ειδικό)

Με βάση τα παραπάνω το ΚΑΤ είναι Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο με 664 ανεπτυγμένες κλίνες (9).

Έχει 10 ορθοπεδικά χειρουργικά τμήματα , καθώς και ιατρικά τμήματα με ειδικότητα γενικής χειρουργικής, παθολογίας, καρδιολογίας, νευροχειρουργικής, νευρολογίας, γναθοχειρουργικής, πλαστικής χειρουργικής, Μ.Ε.Θ., ρευματολογίας, αγγειοχειρουργικής και φυσικής αποκατάστασης.

Τα ιατρικά τμήματα πλαισιώνονται από εργαστήρια: βιοχημικό, μικροβιολογικό, αιματολογικό, κυτταρολογικό, ακτινολογικό, παθολογοανατομικό και σταθμό αιμοδοσίας.

Η δύναμη του προσωπικού είναι 1831 άτομα που αναλύονται:

- Νοσηλευτική Υπηρεσία 828
- Ιατρική Υπηρεσία 373
- Διοικητική Υπηρεσία 630

Το νοσοκομείο παρέχει όλες τις βαθμίδες περίθαλψης. Το 1998 οι εισαγωγές ασθενών ήταν 17.487 με ημέρες νοσηλείας 187.610. Στην εφημερία καταγράφηκαν 45.971 έκτακτα περιστατικά που δεν χρειάστηκαν νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Στα δε τακτικά εξωτερικά ιατρεία οι εξετασθέντες ήταν 131.195 άτομα. Έγιναν 9.781 χειρουργικές επεμβάσεις, από τις οποίες οι 7.361 (ποσοστό 75%) αφορούσαν ορθοπεδικά τμήματα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ 01 / 09 / 1998 και 01 / 08 / 1999.

Το 1998 οι εισαγωγές ασθενών για τις τρεις περιπτώσεις ήταν:

	ΣΥΝΟΛΟ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΑΝΔΡΕΣ	%
ΟΔΟΝΤΟΛΟΓΟΣ	439	368	83%	71	17%
ΟΔΟΝΤΟΛΟΓΟΣ	673	504	74%	169	26%
ΔΙΑΤΡΟΧΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	948	710	74%	238	26%

Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν το ενδιαφέρον της επιλογής τους για την έρευνα και αναλύονται ως εξής για τα επιλεγέντα τμήματα:

**Γ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

**Δ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

	ΣΥΝ ΟΛΟ	ΓΥ ΝΑΙ ΚΕΣ	%	ΑΝ ΔΡΕ Σ	%	ΣΥΝ ΟΛΟ	ΓΥ ΝΑΙ ΚΕΣ	%	ΑΝ ΔΡΕΣ	%
Ο.Α. ΙΣΧΙΟΥ	80	68	85%	12	15%	38	26	68%	12	32%
Ο.Α. ΓΟΝΑΤΟΣ	44	42	95%	2	5%	28	27	96%	1	4%
ΔΙΑΤΡΟΧΑ ΝΤΗΡΙΟ #	132	96	72%	36	18%	119	91	76%	28	24%



### **Οικονομικά στοιχεία εσόδων – εξόδων:**

Ο προϋπολογισμός του Νοσοκομείου για το 1997 ανήλθε στο ύψος περίπου των 24,4 δις δρχ. Η κρατική επιχορήγηση κάλυψε το 100% της μισθοδοσίας και ο ισοσκελισμός του ισολογισμού του προέκυψε από το ύψος των εσόδων των νοσηλίων, με βάση τα οποία έσοδα έπρεπε να καλύψει τις λειτουργικές του δαπάνες. Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο της Γ' θέσης είναι 15.500 δρχ. Το υλικό οστεοσύνθεσης και περιορισμένος αριθμός φαρμάκων χρεώθηκαν εκτός της τιμής του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου. Με αυτή την εφαρμογή η διαχείριση των εσόδων καλύπτει τρέχουσες ανάγκες και δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς ανάπτυξης του Νοσοκομείου. Οι προμήθειες σε ιατρικά μηχανήματα και ξενοδοχειακό εξοπλισμό γίνονται μετά από σχετική έγκριση & επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας ή του Π.Δ.Ε. και είναι περιορισμένες. Από αυτό προκύπτει το ότι σε μεγάλο ποσοστό τα μηχανήματα είναι αρκετών χρόνων κι έχουν αποσβέσει το κόστος τους. ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα ακτινολογικά μηχανήματα είναι αγορές του 1971,1974.

Στη μελέτη που ακολουθεί το πρώτο μέρος αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας και στο δεύτερο εξετάζονται τα αποτελέσματά της. κατόπιν ακολουθούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν απ' αυτή την καταγραφή.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα 01/09/98 μέχρι 01/08/99.

Οι εισαγωγές των ασθενών ήταν 77 συνολικά και αναλύονται στις εξής περιπτώσεις:

Ο.Α. γόνατος:15

Ο.Α. ισχίου: 21

Διατροχανθήριου κατάγματος:41

Απο τις παραπάνω εισαγωγές εξετάσθηκαν 52 ως εξής:

- 25 διατροχανθήρια κατάγματα
- 15 Ο.Α. ισχίου
- 12 Ο.Α. γόνατος

Οι υπόλοιπες 26 εισαγωγές ασθενών δεν αναφέρονται διότι:

→ Νοσηλεύθηκαν σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου ή τελικά δεν χειρουργήθηκαν

→ Κατά τη διάρκεια της έρευνας

α) απεβίωσαν τέσσερις ασθενείς

β) δύο μεταφέρθηκαν στη Μ.Ε.Θ.

γ) ένας μεταφέρθηκε στο καρδιολογικό τμήμα

**Για τη συλλογή των στοιχείων της εργασίας συνεργάστηκαν:**

➤ Το νοσηλευτικό πρόσωπο των δύο τμημάτων στην καταγραφή του υγειονομικού υλικού και των φαρμάκων

➤ Τα εργαστήρια του Νοσοκομείου στη συγκέντρωση των παραπτεμπτικών σημειωμάτων για εξετάσεις και ακτινογραφίες.

➤ Το νοσηλευτικό & το διοικητικό προσωπικό του χειρουργείου στην καταγραφή του υλικού οστεοσύνθεσης μέσω των φύλλων χειρουργείου.

➤ Το νοσηλευτικό προσωπικό του αναισθησιολογικού τμήματος για την καταγραφή των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού της νάρκωσης.

Επίσης συγκεντρώθηκαν στοιχεία από:

⇒ Τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών

⇒ Το φαρμακείο του Νοσοκομείου

⇒ Την οικονομική Υπηρεσία του Νοσοκομείου

⇒ Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

⇒ Την Τεχνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου

## Ανάλυση προσδιορισμού κόστους

Το κόστος των αναλωσίμων υγειονομικών υλικών και του υλικού οστεοσύνθεσης υπολογίσθηκαν από τα τιμολόγια αγοράς τους, ενώ το κόστος των φαρμάκων υπολογίσθηκε με δύο τιμές:

1. Την τιμή κτήσης τους και
2. Το εμπορικό κόστος τους.

Εδώ σημειώνεται ότι σύμφωνα με το ΝΔ 308/74 το Νοσοκομείο χρεώνει τα φάρμακα εκτός κλειστού νοσηλίου, με τη χονδρική τιμή, προσαυξημένη κατά 5%.

Το κόστος του πάγιου εξοπλισμού και των κτιριακών εγκαταστάσεων υπολογίσθηκε μόνο στο σκέλος των συντηρήσεων και των επισκευών λόγω της μη εμφάνισης αποσβέσεων στον απολογισμό του Νοσοκομείου.

Ο χρόνος απασχόλησης υπολογίσθηκε σε λεπτά ως εξής:

⇒ Για τη χειρουργική επέμβαση από το φύλλο του χειρουργείου

⇒ Για το νοσηλευτικό τμήμα από συνεντεύξεις του προσωπικού (νοσηλευτικό, ιατρικό)

Το κόστος της μισθοδοσίας υπολογίσθηκε

⇒ Για το παραϊατρικό προσωπικό από το σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων – ακτινογραφιών

⇒ Για το προσωπικό υποστήριξης με βάση το σύνολο των εσωτερικών κι εξωτερικών ασθενών

Στην κατανομή των λοιπών εξόδων, του ιματισμού, της διατροφής και της καθαριότητας χρειάσθηκε να χρησιμοποιηθούν διαφορετικά κριτήρια για να είναι όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο πραγματικό κόστος, ως εξής:

1. Τα έξοδα καθαριότητας του Νοσοκομείου περιλαμβάνουν:

- α. Δαπάνη για εξωτερικό συνεργείο καθαρισμού
- β. Υλικά καθαριότητας
- γ. Μισθοδοσία προσωπικού καθαριότητας

θεωρήθηκε ότι το σύνολο των α, β και γ δαπανών κατανέμονται σε ποσοστά 80% για τους στεγασμένους χώρους του Νοσοκομείου και 20% για τους εξωτερικούς χώρους.

Με αυτή την αναλογία και με τα τ.μ. των εξεταζόμενων ιατρικών τμημάτων ή των τμημάτων υποστήριξης του Νοσοκομείου (πχ. πλυντήρια, τμήμα διατροφής) υπολογίσθηκε το κόστος καθαριότητας επιμεριζόμενο στις ετήσιες ημέρες νοσηλείας των ασθενών κατά περίπτωση.

2. Η δαπάνη για τον ιματισμό επιμερίσθηκε στις ετήσιες ημέρες νοσηλείας και περιλαμβάνει:

- ⇒ Μισθοδοσία
- ⇒ Υλικά πλυντηρίων
- ⇒ Εξωτερικό πλυντήριο πλύσης.

3. Η ημερήσια δαπάνη διατροφής προέκυψε από το σύνολο των εξόδων (τρόφιμα, καθαριότητα, μισθοδοσία προσωπικού) επιμεριζόμενο στις ετήσιες μερίδες φαγητού.

4. Τα γενικά έξοδα κατανεμήθηκαν στο σύνολο των εισερχόμενων (εσωτερικών κι εξωτερικών ασθενών) στο Νοσοκομείο και η χρέωση έγινε με αναγωγή στον ετήσιο χρόνο λειτουργίας του Νοσοκομείου.

### 3. Αποτελέσματα έρευνας.

#### α. Γενικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη περιπτώσεων

Οι 52 περιπτώσεις ασθενών που εξετάστηκαν το διάστημα 01/09/98-01/08/99

αναλύονται ως εξής:

	ΣΥΝΟΛΟ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Γ %	ΑΝΔΡΕΣ	Α %
Ο.Α. ΓΟΝΑΤΟΣ	12	23%	9	75%	3	25%
Ο.Α. ΙΣΧΙΟΥ	15	29%	12	80%	3	20%
ΔΙΑΤΡΟΧΑ ΝΤΗΡΙΟ #	25	48%	20	80%	5	20%

Από τα παραπάνω στοιχεία, αλλά και από εκείνα των ετήσιων εισαγωγών των ασθενών φαίνεται ότι οι γυναίκες υπερτερούν σε ποσοστά έναντι των ανδρών σε παθήσεις που χρήζουν αυτής της αντιμετώπισης, όπως είναι η οστεοπόρωση, η εκφυλιστική αρθροπάθεια και άλλου είδους αρθροπάθειες, γεγονός που έχει καταγραφεί σε πολλές έρευνες (3,4)

Η κατά περίπτωση κατανομή τους στα ιατρικά τμήματα είναι:

**Γ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ    Δ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΓΥ ΝΑΙ ΚΕΣ</b>	<b>ΑΝ ΔΡΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΓΥ ΝΑΙ ΚΕΣ</b>	<b>ΑΝ ΔΡΕΣ</b>
<b>Ο.Α. ΓΟΝΑΤΟΥ</b>	7	6	1	5	3	2
<b>Ο.Α. ΞΕΧΙΟΥ</b>	13	10	3	2	2	-
<b>ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ #</b>	12	11	1	13	9	4

Η μέση ηλικία των ασθενών της έρευνας, ήταν 75 ετών για τις γυναίκες και 71 για τους άνδρες, με μικρότερη εκείνη των 48 ετών και μεγαλύτερη των 96. Το 76% των περιστατικών ήταν γυναίκες και το 24% άνδρες. Παρατίθεται πίνακας κατανομής ηλικιών κατά φύλο.

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ**

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>
20 - 30	3	2	1
30 - 40	1	0	1
40 - 50	15	3	12
50 - 60	16	4	12
60 - 70	15	2	13
70 - 80	2	1	1

Σύμφωνα με τον ασφαλιστικό φορέα, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (47%). Ακολουθεί ο ΟΓΑ (33%), ταμείο δημοσίου (8%), άποροι (4%) και διάφορα ταμεία (8%)

Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν:

	Γ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ	Δ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ
ΙΣΧΙΟ	20	17
ΓΟΝΑΤΟ	18	16
ΔΙΑΤΡΟΧ/ΡΙΟ #	17	18

Η Μέση διάρκεια αναμονής χειρουργείου ήταν:

	Γ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ	Δ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ
ΙΣΧΙΟ	5	3
ΓΟΝΑΤΟ	4	3
ΔΙΑΤΡΟΧ/ΡΙΟ #	5	4

Η μέση διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν:

	Γ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ	Δ' ΟΡΘ. ΤΜΗΜΑ
ΙΣΧΙΟ	2,05'	2,15'
ΓΟΝΑΤΟ	2,20'	2,50'
ΔΙΑΤΡΟΧ/ΡΙΟ #	1,26'	1,57'

Η πλειοψηφία των ασθενών προέρχεται από τον Ν. Αττικής (62%)

Το περιγραφικό τμήμα της έρευνας ολοκληρώνεται με την παρατήρηση ότι τα διατροχανθήρια κατάγματα εξετάσθηκαν στην εφημερία του Νοσοκομείου και μεταφέρθηκαν στο νοσηλευτικό τμήμα. Τα περιστατικά με παθήσεις που απαιτούσαν επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής εισήχθησαν κατ' ευθείαν στο Τμήμα.

### **β. Ανάλυση στοιχείων κόστους**

Το συνολικό κόστος των τριών επιλεγμένων ασθενειών περιλαμβάνει:

- ⇒ Το κόστος της χειρουργικής επέμβασης
- ⇒ Το κόστος παραμονής στο νοσηλευτικό Τμήμα
- ⇒ Το κόστος των γενικών εξόδων του Νοσοκομείου



Αναλυτικότερα:

α) Στο κόστος της επέμβασης αντιστοιχούν:

- ❖ Κόστος της ομάδας χειρουργικής επέμβασης
- ❖ Κόστος φαρμάκων αναισθησίας
- ❖ Κόστος υλικού οστεοσύνθεσης
- ❖ Κόστος ακτινογραφιών
- ❖ Κόστος μεταφοράς προς και από το χειρουργείο

β) Στο κόστος παραμονής στο νοσηλευτικό Τμήμα αντιστοιχούν:

- ❖ Κόστος μεταφοράς του ασθενούς από την εφημερία (ισχύει μόνο για τα διατροχαντήρια κατάγματα) στο νοσηλευτικό Τμήμα
- ❖ Κόστος ιατρικών πράξεων & νοσηλευτικού προσωπικού (περιλαμβάνεται και εκείνο της εφημερίας) και φυσιοθεραπείας
- ❖ Κόστος υγειονομικού υλικού & φαρμάκων
- ❖ Κόστος εργαστηριακών εξετάσεων & ακτινογραφιών
- ❖ Κόστος διατροφής, ιματισμού & καθαριότητας

γ) Επιπλέον οι εσωτερικοί ασθενείς χρεώνονται με αναλογία των γενικών εξόδων του Νοσοκομείου, της μισθοδοσίας του προσωπικού υποστήριξης και του κόστους επισκευών & συντήρησης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω το συνολικό κόστος για κάθε περίπτωση ασθένειας εκφρασμένο στη Μ.Δ.Ν είναι:

**Κόστος Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας ανά ασθενεία**

		Γ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ			Δ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ		
		ΟΑΙ*	ΟΑΓ**	ΔΚ***	ΟΑΙ	ΟΑΓ	ΔΚ
Ιματισμός		23640	21276	20094	20094	18912	21276
Διατροφή		20340	18306	17289	17289	16272	18306
Καθαριότητα		26300	23670	22355	12223	11504	12942
Γεν. έξοδα		120960	108864	102816	102816	96768	108864
Υλικά οστεοσύνθεσης		1323316	1637155	130372	1348414	1494944	130222
Φάρμακα	Νοσοκ. Τιμή	126822	72592	26493	50643	64684	61406
	Εμπορική τιμή	141617	82626	30152	58166	73348	70446
Υγειονομικό υλικό		27977	26186	26064	8213	8254	12053
Μισθοδοσία προσωπικού	Νοσηλευ- των	170649	155430	142713	151620	142260	152250
	Γιατρών	78853	72858	58338	81940	76908	61514
	Παραϊατ- ρικού	12610	8069	13200	7703	6715	15375
	Προσ. Υποστήρι- ξης	58240	54416	49504	49504	46592	54416
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>1989707</b>	<b>2198822</b>	<b>609238</b>	<b>1850459</b>	<b>1983813</b>	<b>648624</b>

\* Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου

\*\* Ολική Αρθροπλαστική Γόνατος

\*\*\* Διατροχαντήριο Κάταγμα

Σημ.: Τα σύνολα υπολογίσθηκαν

βάσει της νοσοκομειακής

τιμής των φαρμάκων

Γ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο.Α. ΓΟΝΑΤΟΣ

		ΠΡΟ	ΚΑΤΑ	ΜΕΤΑ
		ΧΕΡΟΥΡΓΕΙΟ		
Ιματισμός		4728	1182	15366
Διατροφή		4068	1017	13221
Καθαριότητα		5260	1315	17095
Γεν. Έξοδα		24192	6048	78624
Υλικό Οστεοσύνθεσης			1637155	
Φάρμακα				72592
Υγειονομικό Υλικό		6043	4741	15402
ια	πρ	ιατρικού		
		10629	38846	23383
	Νοσηλευτικού	39388	29388	86654
	Παραϊτρικό	5022	790	2257
	Προσωπ. Υποστήριξης	12092	3023	39301
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		5,1%	78,4%	16,5%
		<b>111422</b>	<b>1723505</b>	<b>363895</b>
<b>ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ</b>		<b>27855</b>	<b>1723505</b>	<b>27992</b>

ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
2198822	18	122157

\* Οι υπολογισμοί έγιναν με τη Μ.Δ.Ν. κάθε περίπτωσης.

Κόστος ανά πάθηση, ανά Τμήμα και στάδιο νοσηλείας\*

**Γ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**  
**ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ #**

		ΠΡΟ	ΚΑΤΑ	ΜΕΤΑ
		ΧΡΕΟΣ ΠΙΣΤΙΣ		
Ιματισμός		5910	1182	13002
Διατροφή		5085	1017	11187
Καθαριότητα		6575	1315	14465
Γεν. Έξοδα		30240	6048	66528
Υλικό Οστεοσύνθεσης			130372	
Φάρμακα				26493
Υγειονομικό Υλικό		8811	3126	14127
Μισθοδοσία προσωπικού	Ιατρικού	10250	25538	22550
	Νοσηλευτικού	37985	21160	83568
	Παραϊτρικού	5135	6320	1745
	Προσ. Υποστήριξης	14560	2912	32032
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		20,4%	32,7%	46,9%
		<b>124551</b>	<b>198990</b>	<b>285697</b>
<b>ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ</b>		<b>24910</b>	<b>198990</b>	<b>25973</b>

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ</b>	<b>ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ</b>
	<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>	<b>ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>
609238	17	35838

Δ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο.Α. ΓΟΝΑΤΟΣ

		ΠΡΟ	ΚΑΤΑ	ΜΕΤΑ
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ		
Ιματισμός		3546	1182	14184
Διατροφή		3051	1017	12204
Καθαριότητα		2157	719	8628
Γεν. Έξοδα		18144	6048	72576
Υλικό Οστεοσύνθεσης			1494944	
Φάρμακα				64684
Υγειονομικό Υλικό		1816	1010	5428
Μισθοδοσία προσωπικού	Ιατρικού	9360	46956	20592
	Νοσηλευτικού	34687	31261	76312
	Παραϊτρικού	4503	790	1422
	Προσ. Υποστήριξης	8736	2912	34944
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		4,3%	80%	15,7%
		86000	1586839	310974
<b>ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ</b>		28667	1586839	25915

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ</b>	<b>ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ</b>
	<b>ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>	<b>ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>
1983813	16	123988

Δ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο.Α. ΙΣΧΙΟΥ

		ΠΡΟ	ΚΑΤΑ	ΜΕΤΑ
		ΧΕΡΟΥΒΗΕΙΟ		
Ιματισμός		3546	1182	15366
Διατροφή		3051	1017	13221
Καθαριότητα		2157	719	9347
Γεν. Έξοδα		18144	6048	78624
Υλικό Οστεοσύνθεσης			1348414	
Φάρμακα				50643
Υγειονομικό Υλικό		1809	781	5623
Μισθοδοσία προσωπικού	Ιατρικού	9900	50260	21780
	Νοσηλευτικού	36688	34218	80714
	Παραϊτρικού	5333	790	1580
	Προσ. Υποστήριξης	8736	2912	37856
ΣΥΝΟΛΟ		4,8%	78,2%	17%
		89364	1446341	314754
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ		29788	1446341	24212

ΩΛΟ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
1850459	17	108851

Δ' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟ #

		ΠΡΟ	ΜΕΤΑ	ΚΕ.ΤΑ
		ΧΕΙΡΟΜΗΡΕΟ		
Ιματισμός		4728	1182	15366
Διατροφή		4068	1017	13221
Καθαριότητα		2876	719	9347
Γεν. Έξοδα		24192	6048	78624
Υλικό Οστεοσύνθεσης			130222	
Φάρμακα				61406
Υγειονομικό Υλικό		5964	1140	4949
Μισθοδοσία προσωπικού	Ιατρικό	10846	26806	23862
	Νοσηλευτικού	40195	23627	88428
	Παραϊτρικού	6168	5530	3677
	Προσ. Υποστήριξης	12092	3023	39301
ΣΥΝΟΛΟ		17,1%	30,8%	52,1%
		111129	199314	338181
ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ		27782	199314	26014

ΣΥΝΟΛΟ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
648624	18	36035

**ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ**

