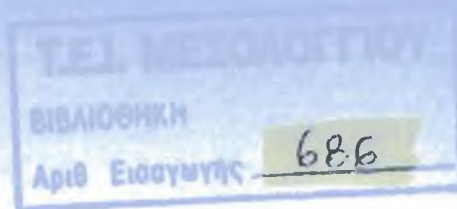


**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ & ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΕΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: "ΤΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ"**



Εισηγητής: ΝΤΟΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Σπουδάστρια: ΣΚΡΕΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.1. Ο ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.2. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
ΟΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
2.1. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	14
2.2. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	16
2.2.1. Ο ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	16
2.2.2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	19
2.3. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	23
3.1. ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	23
3.2. ΑΜΟΙΒΗ ΜΕ ΠΑΓΙΟ ΜΙΣΘΟ	24
3.3. ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ	26
3.4. ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ	27
3.5. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.6. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ	30
3.7. ΔΙΚΤΥΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	31
3.8. ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

	ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	
	ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	34
4.1.	Η ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	34
4.1.1.	ΤΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	34
4.1.2.	ΤΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	35
4.1.3.	ΤΟ ΕΥΛΥΓΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	35
4.2.	Η ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	36
4.2.1.	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	36
4.2.2.	Ο ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	38
4.2.3.	Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

	Ο ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ	41
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	42
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	44

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας μελέτης σχετίζεται με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Τονίζει τα συστήματα υγείας και τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσής τους, το διαχωρισμό της περίθαλψης καθώς και τις πηγές και τον τρόπο χρηματοδότησης τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.

Το υλικό της μελέτης κατανέμεται σε πέντε κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη δομή και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας στη λογική του κράτους πρόνοιας. Επίσης στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα και στη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τις πηγές χρηματοδότησης τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει τους επικρατέστερους χρηματοδοτικούς τρόπους αποζημίωσης των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρει τους τρόπους αποζημίωσης των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει τις συνθήκες του ελεγχόμενου ανταγωνισμού στα συστήματα υγείας.

Και τέλος σχολιάζονται οι συμπερασματικές παρατηρήσεις της μελέτης, μέσα από τη σύνθεση των επιμέρους αναλύσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

1.1. Ο ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

1.1. Είναι σαφές ότι πρακτικά η έννοια του συστήματος υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά επεκτείνεται και σε πολιτικές διατομεακού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας. Όταν, λοιπόν, μιλάμε για «σύστημα υγείας» εννοούμε αρχικά τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και κατανέμονται οι πόροι υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν το υλικό κεφάλαιο (φάρμακα, τεχνολογικό εξοπλισμό, κτιριακή υποδομή κ.λπ.) και το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό).

Τα τελευταία χρόνια, ο τρόπος με τον οποίο συνδυάζονται οι παραπάνω πόροι αλλά και η ταυτόχρονη σύνδεση των συστημάτων υγείας τόσο με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται όσο και με τα συνθετικά τους στοιχεία, τα μετέτρεψαν σε πολύπλοκους μηχανισμούς με διευρυμένες λειτουργίες και αρμοδιότητες. Η πολυπλοκότητα αυτή οδήγησε στην υποδιαίρεση των υγειονομικών συστημάτων σε υποσυστήματα, ώστε να διευκολυνθεί η μελέτη των σχέσεων μεταξύ των στοιχείων που τα συγκροτούν.

Σύμφωνα, λοιπόν, με την εκδοχή του συστήματος υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής, αυτό περιλαμβάνει τα παρακάτω συστατικά στοιχεία:

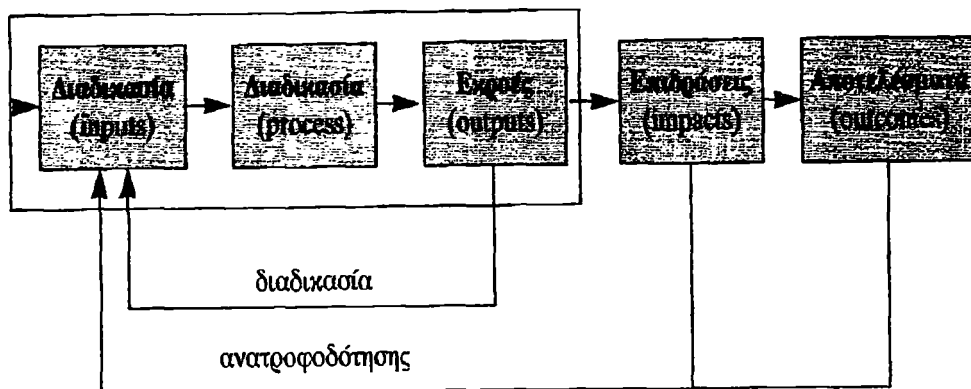
1. Τις εισροές (ανθρώπινοι πόροι – οικονομικοί πόροι – υλικοτεχνική υποδομή και εξοπλισμός).
2. Την διαδικασία (έλεγχος – διάγνωση – θεραπεία – αποκατάσταση επανέλεγχος).
3. Τις εισροές (νοσηλεία – επεμβάσεις – εργαστηριακές εξετάσεις).
4. Τα αποτελέσματα (βελτίωση επιπέδου υγείας και ευημερίας).

Τα στοιχεία αυτά βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση και προσδιορίζουν αρχικά την παραγωγική διαδικασία που προκαλείται από τον

ασθενή που προσέρχεται στο σύστημα και στη συνέχεια, τις εκροές και κατ' επέκταση τα υγειονομικά αποτελέσματα, ώστε με βάση τα τελευταία να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Σχηματικά απεικονίζεται (Σχήμα 1.1)

Σχήμα (1). Το Σύστημα Υγείας ως Παραγωγική Διαδικασία.¹



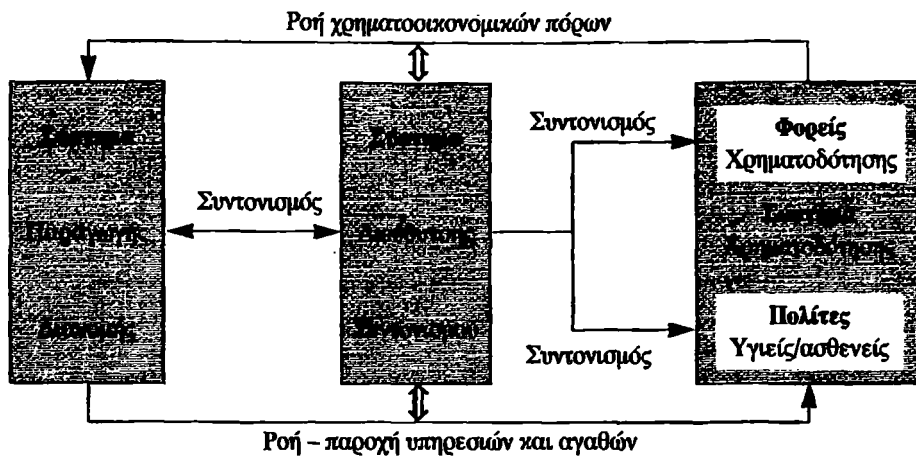
Από τη σκοπιά της οικονομικής συστηματικής ανάλυσης έγινε διάκριση των βασικών λειτουργιών των υγειονομικών συστημάτων και οριοθέτηση τριών υποσυστημάτων τα οποία περιλαμβάνουν:

1. Το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού.
2. Το σύστημα χρηματοδότησης (ζήτηση – αγοραστές).
3. Το σύστημα παραγωγής και διανομής (προσφορά – προμηθευτές).

Τα υποσυστήματα αυτά ως συστατικά στοιχεία του συνολικού συστήματος υγείας, βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση και συγκροτούν ένα κύκλωμα από ροές.

¹ Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας». (2000), σελ. 49.

Σχήμα (2). Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας.²



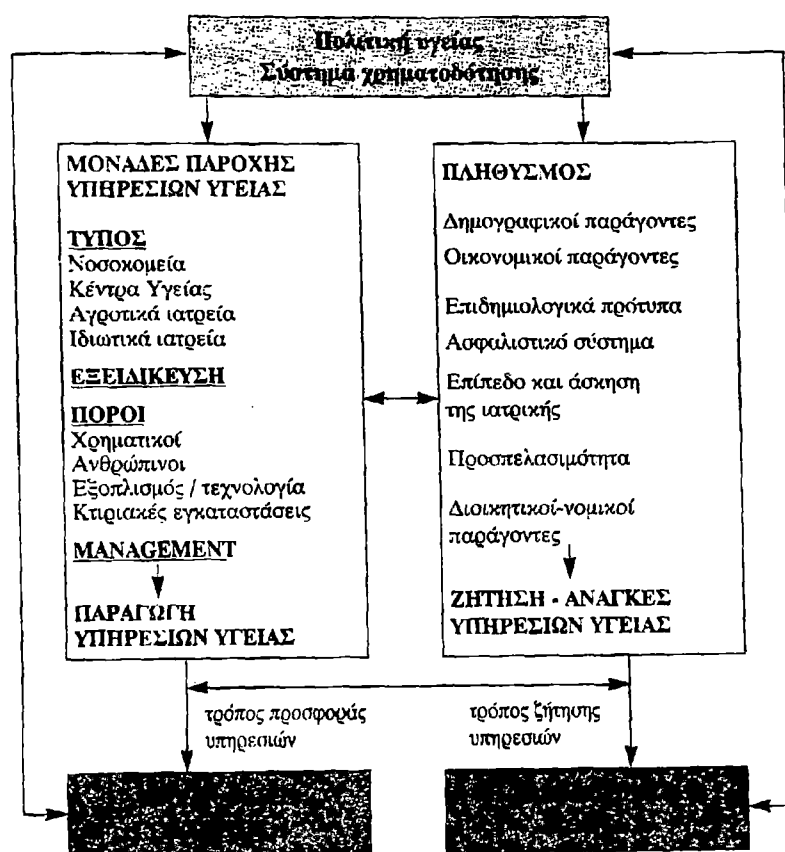
Από άποψη επιχειρησιακής μακροθεώρησης, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από μια σειρά υποσυστημάτων, τα κυριότερα από τα οποία είναι:

1. Η πολιτική υγείας.
2. Ο πληθυσμός, ο οποίος εκφράζει τη ζήτηση και καταναλώνει υγειονομικές υπηρεσίες.
3. Οι φορείς παραγωγής και διανομής υγειονομικών υπηρεσιών.

Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, η δομή και η λειτουργία των συστημάτων υγείας, περιγράφεται στο σχήμα 1.3.

² Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας». (2000), σελ. 50.

Σχήμα (3). Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας.³



Σύμφωνα με τον Λαμπρόπουλο, τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας, όπως προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες της οικονομικής και κοινωνικής οργάνωσης κάθε χώρας είναι:

1. Ο βαθμός επίτευξης της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.
2. Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας.
3. Η μορφή των υπηρεσιών στις οποίες επικεντρώνεται το σύστημα.
4. Ο διαχωρισμός δημοσίου – ιδιωτικού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.
5. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος.

Επίσης για να μπορέσει ένα σύστημα υγείας να επιτελέσει τον αρχικό του ρόλο, είναι αναγκαίο να πληροί τρεις αρχές – προϋποθέσεις, οι οποίες είναι:

³ Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας». (2000), σελ. 51.

- Καθορισμός και συνεχής επαναδιατύπωση των στόχων της υγειονομικής πολιτικής.
- Καθορισμός των μέτρων και της διαδικασίας για την επίτευξη των στόχων του συστήματος.
- Εκτίμηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων σε σχέση με τους προκαθορισμένους στόχους.

Στην οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας περιλαμβάνεται και ο διαχωρισμός της υγειονομικής περίθαλψης σε δύο μορφές και σε τρία οργανωτικά επίπεδα.

Οι μορφές είναι: α. Η νοσοκομειακή ή κλειστή.

β. Η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή.

Τα οργανωτικά επίπεδα είναι: α. Το πρωτοβάθμιο.

β. Το δευτεροβάθμιο

γ. Το τριτοβάθμιο.

Στις μορφές η νοσοκομειακή περίθαλψη συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στο νοσοκομείο, ενώ η εξωνοσοκομειακή αποτελείται από τις υπηρεσίες των γενικών ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Σε επίπεδο οργάνωσης, το πρωτοβάθμιο αναφέρεται στην πρώτη επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας, όπου παρέχονται κυρίως εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Το δευτεροβάθμιο, συνίσταται στην παροχή νοσοκομειακής φροντίδας από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, τα οποία διακρίνονται:

α. Με κριτήριο τα τμήματα που διαθέτουν σε γενικά και ειδικά.

β. Με κριτήριο τη διάρκεια της νοσηλείας σε οξείας νοσηλείας και χρονίων παθήσεων.

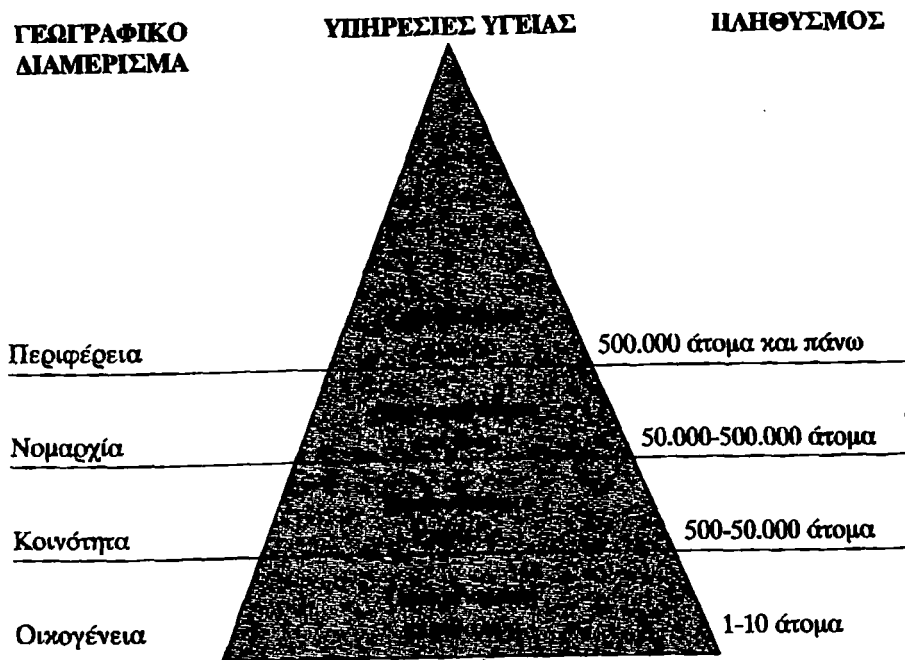
γ. Με κριτήριο το εύρος των ειδικοτήτων και την γεωγραφική κάλυψη σε τοπικά, νομαρχιακά και περιφερειακά.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων υγειονομικών προβλημάτων που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποδομή και ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις.

Το κάθε επίπεδο περιθαψης αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, σε μια συγκεκριμένη δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών και στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών.

Η διάκριση αυτών των επιπέδων σχηματικά έχει τη μορφή διοικητικής πυραμίδας.

Σχήμα (4).⁴



⁴ Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας». (2000), σελ. 53.

1.2. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα.

1.2. Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση στη δεκαετία του '80 και η ψήφιση του σχετικού νόμου (1397/83) για τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, είχε ως αφετηρία μια σειρά από αρχές που παραπέμπουν στη φιλοσοφία των εθνικών συστημάτων.

Οι αρχές είναι:

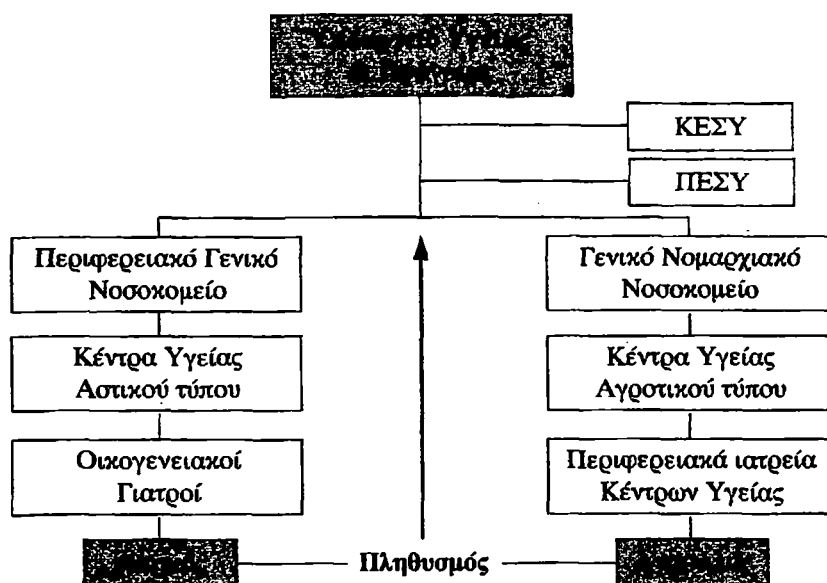
- α) Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους.
- β) Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση.
- γ) Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και η παροχή των υπηρεσιών πρέπει να γίνεται χωρίς την ύπαρξη οικονομικών φραγμών που μπορεί να στερούν τις υπηρεσίες από κάποια άτομα ή ομάδες.
- δ) Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής και φυσικά να ελέγχουν την εφαρμογή των καθορισμένων πολιτικών υγείας.

Με αφετηρία το κοινωνικό συμφέρον και με στόχους την αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης της υγείας, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών, τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την ισότητα στην περίθαλψη, τη βελτίωση της εκπαίδευσης και τη θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, θεσμοθετήθηκε με το Ν. 1397/83 το νέο πλαίσιο οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας.

Σε πρώτη φάση στα πλαίσια του ΕΣΥ, επιχειρήθηκε η εισαγωγή του προγραμματισμού στις υπηρεσίες υγείας, με τη διαίρεση της χώρας σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες και την οργάνωση των επιπέδων περίθαλψης, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο κινείται ο ασθενής στο σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, διαχωρίζεται η περίθαλψη η οποία παρέχεται με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, και τα επίπεδα λειτουργίας του συστήματος σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο και επιδιώκεται η ανάπτυξη της υγειονομικής αυτοδυναμίας σε κάθε επίπεδο αναγκών, μέσα από ένα ιεραρχημένο σε περιφερειακή

βάση πλαίσιο υπηρεσιών και με τον ασθενή να κινείται από το κατώτερο επίπεδο στο παρακάτω.

Σχήμα (5). Η κίνηση του ασθενή στο σύστημα υγείας ΕΣΥ.⁵



Επίσης μια άλλη ρύθμιση του ΕΣΥ που θεωρήθηκε θεμελιακή, ήταν ο έλεγχος της παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών και ο περιορισμός της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα υγείας. Έτσι τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνταν από το δημόσιο προϋπολογισμό μετατράπηκαν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ενώ απαγορεύτηκε η ίδρυση, επέκταση καθώς και η μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών.

⁵ Σουλιώτης Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας». (2000), σελ. 95.

ΠΙΝΑΚΑΣ (1) Νοσοκομεία και κλινικές πριν και μετά το ΕΣΥ (1980-1995) *1

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1. Νοσοκομεία και κλινικές πριν και μετά το ΕΣΥ (1980-1995)						
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ			ΚΛΙΝΙΚΕΣ		
	1980	1995	% Μεταβολή	1980	1995	% Μεταβολή
Δημόσια	112	139	24,11	25.905	36.717	41,74
Ιδιωτικά	468	215	-54,06	25.075	15.241	-39,22
ΝΓΠΔ (Φιλανθρωπικά)	28	4	-85,71	8.347	269	-96,78
ΣΥΝΟΛΟ	608	358	-41,12	59.327	52.227	-11,97
Πηγή: α) ΕΣΥΕ, «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1980-1995», β) Ίδιοι υπολογισμοί						

Το σύστημα όμως δεν κατάφερε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος από τους στόχους του, λόγω της μη εφαρμογής σημαντικών προβλεπόμενων ρυθμίσεων και εξαιτίας των σημαντικών λειτουργικών δυσχερειών που εμφανίστηκαν στην εξέλιξή του.

Ενώ όμως το ΕΣΥ στοχεύοντας στην εφαρμογή σημαντικών αλλαγών στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, προέβλεπε σχεδόν τα πάντα σε οργανωτικό επίπεδο καθώς και σε ό,τι αφορούσε στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών, σύνδεση μεταξύ προγραμματισμού και χρηματοδότησης του συστήματος ουσιαστικά δεν υπήρχε, με αποτέλεσμα ο βασικός στόχος της αποτελεσματικής διαχείρισης των υφιστάμενων πόρων να μην μπορεί να επιτευχθεί. Τα χρηματοδοτικά αυτά προβλήματα που προέκυψαν από τη μη ορθολογική διαχείριση των πόρων υγείας, σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των πολιτών, οδήγησαν στην υπονόμευση του ΕΣΥ, η οποία εκδηλώθηκε με μια νέα νομοθετική παρέμβαση από την νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση με σκοπό την αναμόρφωση του ΕΣΥ.

*1 Σουλιάτης Κ. «Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας»(2000), σελ. 96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΟΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Στο ΕΣΥ συνυπάρχουν τόσο στοιχεία που παραπέμπουν σε συστήματα με δημόσια αντίληψη, όσο και στοιχεία που εντάσσονται στη φιλελεύθερη άποψη για την υγεία, η οποία ευνοεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Η πολυσυνθετότητα αυτή σε συνδυασμό με την ανορθόδοξη παρουσία του κράτους π.χ. με την παρέμβαση και τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων που δεν ανταποκρίνονται στο πραγματικό κόστος – εκφράζεται με την απουσία του στοιχείου και διαπραγμάτευσης μεταξύ των εταίρων του συστήματος (προμηθευτές υπηρεσιών, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κράτος, χρήστες), γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τις χρηματοδοτικές παραμέτρους.

Παράλληλα κάποιες νομοθετικές παρεμβάσεις του Ν. 2071/1992 οργανωτικού – διοικητικού κυρίως χαρακτήρα, δεν συνδυάστηκαν με την εισαγωγή θεσμοθετημένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, με αποτέλεσμα το σύστημα και στον τομέα αυτό να εμφανίζει σημαντική ασυνέχεια. Επομένως το ΕΣΥ εμφανίζεται σαν ένα μικτό σύστημα, το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, από το οποίο απουσιάζουν οι κανόνες δράσης που θα ρυθμίζουν την οργάνωση, τη λειτουργία και το χρηματοδοτικό πλαίσιο.

Στη χώρα μας εντοπίζονται τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.

- Ο ιδιωτικός τομέας
- Ο δημόσιος τομέας
- Η εξωτερική βοήθεια.

ΣΧΗΜΑ (6)⁶

Δημόσιος Τομέας	Γενική Φορολογία Ειδική Φορολογία	Κεντρική Κυβέρνηση Τοπική Αυτοδιοίκηση
	Κοινωνική Ασφάλιση	Ένα Εθνικό Ταμείο Πολλά Ταμεία
Ιδιωτικός Τομέας	Εθελοντική Ασφάλιση	
	Απ' ευθείας Πληρωμή.	

2.1. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα γίνεται από δυο πηγές:

- α. Εθελοντική ασφάλιση
- β. Απευθείας πληρωμή

Οι πόροι που αντλούνται τα χρήματα για τις παραπάνω πηγές είναι:

- α. Το εισόδημα των νοικοκυριών
- β. Οι εργοδοτικές παροχές
- γ. Η ιδιωτική ασφάλιση
- δ. Οι δωρεές ατόμων ή φιλανθρωπικών σωματείων.

Η συνήθης μορφή χρηματοδότησης όμως είναι ένα μίγμα των τριών πρώτων πηγών, δηλαδή, οι εργαζόμενοι καλύπτονται από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, το ασφαλιστρο των οποίων πληρώνει συνήθως ο εργοδότης και ο ασφαλισμένος συμμετέχει από το οικογενειακό του εισόδημα είτε με τη μορφή της άμεσης συμμετοχής στο ασφαλιστρο ή με κάποια λανθάνουσα συμμετοχή.

Η ιδιωτική ασφάλιση δημιουργεί και αυτή προβλήματα στην αγορά των υπηρεσιών υγείας.

- Πρώτον. Όλες οι ασφάλειες κάνουν τιμολόγηση υπηρεσιών κατά πράξη ή κύκλο νοσηλείας, έχουν τις αμοιβές προμηθειών, την αποζημίωση ασθενών. Την παρακολούθηση και τον έλεγχο των προμηθειών. Τον έλεγχο για κατάχρηση, λάθος και απάτη.

- Δεύτερον. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρεθούν τιμές ασφαλιστρων που να ικανοποιούν τις αρχές της οριζόντιας και κάθετης ισότητας. Ίση

⁶ Πισιμίσης Θ. «Οικονομική της υγείας» (1994), σελ. 95.

συνεισφορά γι' αυτούς με ίση ικανότητα πληρωμής και υψηλότερη γι' αυτούς με μεγαλύτερη ικανότητα πληρωμής.

- Τρίτον. Εάν τα ασφάλιστρα δεν έχουν ρυθμιστεί θα είναι έτσι υπολογισμένα, ώστε να αντιμετωπίζουν χαμηλό επίπεδο υγείας. Αυτοί, δηλαδή, που έχουν κακή υγεία θα καλούνται να πληρώσουν περισσότερο και συνήθως αυτοί είναι οι άνθρωποι με χαμηλά εισοδήματα.

Αν τα ασφάλιστρα είναι ρυθμισμένα σε μέσο όρο, τότε μερικοί θα επιλέξουν να μην ασφαλισθούν, ειδικά άτομα υγιή ή μη προνοητικά, επειδή τα ασφάλιστρα είναι υψηλά για αυτούς. Εάν αυτοί κάποτε αρρωστήσουν, τότε χρεοκοπούν ή γίνονται αντικείμενο φιλανθρωπίας.

Αν η ασφάλιση γίνει υποχρεωτική, για να αποφευχθεί αυτή η δυσκολία, ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστών τους δίνει κίνητρο να επιλέξουν την «αφρόκρεμα» των πελατών.

- Τέταρτον. Η ασφάλιση ζωής είναι σχεδόν πάντα προσδεδεμένη με την απασχόληση, πράγμα το οποίο μπορεί να δημιουργήσει ανωμαλίες για τα εξαρτημένα μέλη, αυτούς που αλλάζουν εργασίες, ανέργους και συνταξιούχους.

- Τέλος, η χρηματοδότηση που στηρίζεται στην ασφάλιση, έχει το χειρότερο ιστορικό στον κόσμο στη συγκράτηση του κόστους.

Οι υψηλές διοικητικές δαπάνες, η έλλειψη οικονομιών κλίμακος, η αντίστροφη επιλογή και η ηθική βλάβη, είναι τα βασικά μειονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο την εξωνοσοκομειακή (68%) και λιγότερο τη φαρμακευτική (17%) και τη νοσοκομειακή (13%). Ακόμη η Ελλάδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζει πολύ υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας (40% σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας). Η σύγκριση αυτή γίνεται ακόμη δυσμενέστερη αν υπολογίσουμε την υψηλή παραοικονομία που προκύπτει απ' τις αθέμιτες και μη καταχωρημένες οικονομικές συναλλαγές στο χώρο της υγείας, το μέγεθος της οποίας δύσκολα υπολογίζεται. Η παραοικονομική αυτή δραστηριότητα που εμφανίζεται στη χώρα μας, οδηγεί σε υποεκτίμηση του ΑΕΠ και κατά συνέπεια σε διόγκωση του ποσοστού των δαπανών υγείας σε αυτό.

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι σαν πηγή χρηματοδότησης είναι και οι δωρεές που ήταν τον περασμένο αιώνα και στις αρχές του τρέχοντος η κύρια πηγή χρηματοδότησης της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Σε χώρες όπου ο τομέας υγείας δεν έχει πολλούς πόρους, ο τρόπος αυτός ίσως ακόμη να είναι και η μόνη λύση για τη συμπλήρωση των χρηματοδοτικών κενών.

2.2. ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες οι βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι δυο:

- α. Ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή, η γενική και ειδική φορολογία
- β. Η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση.

Η Βρετανία, η Δανία, η Ιταλία, ο Καναδάς, η Σουηδία είναι χώρες που βασίζονται κυρίως στη φορολογία σε εθνικό περιφερειακό (Καναδάς) ή τοπικό επίπεδο (Σουηδία), ενώ χώρες, όπως η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο, η Ολλανδία και η Ελλάδα στηρίζονται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση.

Ο διαχωρισμός των συστημάτων που χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο Τομέα σε αυτά του προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης είναι ουσιαστικά τεχνητός, διότι κανένα σύστημα δεν λειτουργεί αμιγώς με τον έναν ή με τον άλλο τρόπο.

Φόροι και ασφαλιστικές εισφορές δεν είναι ξεχωριστές οντότητες. Αλλά υπάρχει ένα φάσμα από χρηματοδοτικές μεθόδους με ποικίλα χαρακτηριστικά που άλλα στηρίζονται σε φόρους και άλλα σε εισφορές.

2.2.1. Ο κρατικός προϋπολογισμός

Ο κρατικός προϋπολογισμός προβλέπει πλήρη κάλυψη του πληθυσμού. Σ' αυτή την περίπτωση η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση μέρους ή όλου του συστήματος υγείας. Λέγοντας

κυβέρνηση εννοούμε είτε την κεντρική κυβέρνηση ενός κράτους, είτε την περιφερειακή, όπως στην περίπτωση των ομόσπονδων κρατών, είτε ακόμη την τοπική αυτοδιοίκηση. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Τα έσοδα του προϋπολογισμού προέρχονται από τη φορολογία. Τα έσοδα από τη φορολογία μπορεί να είναι από δυο πηγές:

- α. Τη γενική φορολογία, δηλαδή, τους άμεσους και έμμεσους φόρους, όπως: φόρος εισοδήματος, προστιθέμενης αξίας, καυσίμων κ.ά.
- β. Την ειδική φορολογία με έμμεσους ή άμεσους φόρους. Έμμεσοι ειδικοί φόροι είναι αυτοί που επιβάλλονται πάνω σε ειδικά προϊόντα, τα οποία θεωρούνται επιβλαβή για τη δημόσια υγεία, όπως φόρος καπνού, οινοπνεύματος κ.ά.

Η χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού παρουσιάζει μια σειρά από πλεονεκτήματα. Η κυβέρνηση έχοντας στα χέρια της τη διαχείριση του προϋπολογισμού μπορεί να ελέγξει αποτελεσματικά τόσο το ύψος των δαπανών όσο και την κατανομή τους. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των προγραμμάτων γίνεται κεντρικά και έτσι επιτυγχάνεται μια ορθολογική κατανομή των υπηρεσιών.

Εμφανίζεται περιορισμός των δαπανών που οφείλεται στις οικονομίες κλίμακος που απολαμβάνει το σύστημα στην αγορά λόγω του τεράστιου σε όγκο κύκλου εργασιών.

Οι οικονομίες κλίμακος είναι πολλών ειδών:

α. Εμπορικές, λόγω του τεράστιου όγκου των αγορών κεφαλαιουχικού εξοπλισμού και υπηρεσιών.

β. Διαχειριστικές, εφόσον το κόστος λειτουργίας του συστήματος είναι απαλλαγμένο από τα κράτη συλλογής ασφαλίσεων και των διαδικασιών χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας.

γ. Διοικητικές, λόγω μεγάλου αριθμού είναι δυνατή η υψηλή εξειδίκευση των στελεχών του.

Η μείωση του λειτουργικού κόστους οφείλεται επίσης και στην μονοψωνιακή δύναμη.

Οι υγειονομικές αρχές λειτουργούν ως ο αποκλειστικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας για λογαριασμό των πολιτών, επιβάλλοντας έτσι τους κανόνες τους στους προμηθευτές.

αποδοτικότητα στην κατανομή των πόρων, εφόσον δεν υπάρχει μηχανισμός που να συνδέει αποτελεσματικά την αποδοτικότητα των συντελεστών παραγωγής με την κατανομή των πόρων. Επιπλέον η έλλειψη οικονομικών κινήτρων λόγω της έλλειψης συνθηκών κάποιου εσωτερικού ανταγωνισμού θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες εγγενείς αδυναμίες των συστημάτων αυτών σε σχέση με την αποδοτικότητα.

Τα συστήματα αυτά, λόγω της άμεσης εξάρτησής τους από τη δημοσιονομική πολιτική της εκάστοτε κυβέρνησης, υστερούν σε οικονομική αυτοτέλεια, συγκριτικά με αυτά που χρηματοδοτούνται από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και συνεπώς πλήττονται από τα περιοριστικά δημοσιονομικά μέτρα (λιτότητα) που συνήθως επιβάλλονται από τις κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση της ύφεσης.

Τέλος, δε θα πρέπει να υποτιμηθεί το γεγονός ότι η πληρωμή φόρων είναι κάτι που ο μέσος πολίτης αντιπαθεί. Στην περίπτωση αυτή και λόγω της έλλειψης άμεσης συσχέτισης πληρωμών φόρων και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, ο φορολογούμενος είναι αρνητικά διακείμενος σε περαιτέρω αύξηση των φόρων. Αντίθετα η εισφορά της κοινωνικής ασφάλισης, λόγω της άμεσης σύνδεσής της με την υγεία είναι πιο αποδεκτή.

2.2.2. Η Κοινωνική Ασφάλιση

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

Το μεγαλύτερο τμήμα των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς όμως, το οποίο διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Μια ακόμη διαφοροποίηση στις πηγές χρηματοδότησης των ασφαλιστικών φορέων, συνίσταται στη συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, ο οποίος σε μερικά ταμεία π.χ. ΟΓΑ, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με

Η μονοφωνιακή δύναμη σε συνδυασμό με τον κεντρικό προγραμματισμό έχουν σαν αποτέλεσμα να μειώσουν τις πληθωριστικές πιέσεις, που προέρχονται από το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα, δηλαδή, τις εταιρείες κατασκευής βιοϊατρικής τεχνολογίας και τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Επίσης τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό έχουν αναδιανεμητικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει την αναδιανομή του εισοδήματος μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού και επιτυγχάνεται με την προοδευτικότητα της άμεσης φορολογίας. Με την άμεση φορολογία εξασφαλίζεται προοδευτικότητα στις εισφορές (κόστος), λόγω της προοδευτικότητας της φορολογικής κλίμακας. Ακόμη οι ασφαλιστικές εισφορές δεν εξαρτώνται από το μέγεθος του κινδύνου, αλλά από το μέγεθος του εισοδήματος, άρα αυτόματα γίνεται αναδιανομή του εισοδήματος, σύμφωνα με το επίπεδο υγείας.

Ένα πλεονέκτημα επίσης είναι ότι εξαφανίζεται το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη συνθηκών ανταγωνισμού στην παροχή ασφαλιστικής κάλυψης και στον ιδιαίτερο, μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα της χρηματοδότησης μέσω του δημόσιου τομέα.

Το γεγονός βέβαια της δωρεάν, κατά τη στιγμή της κατανάλωσης παροχής υπηρεσιών, δεν εξαφανίζει και τον κίνδυνο της ηθικής βλάβης, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη. Στη φαρμακευτική περίθαλψη το πρόβλημα αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα με την επιβολή κάποιας συμμετοχής στο κόστος.

Σε ότι αφορά την υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης το πρόβλημα είναι θεωρητικό, διότι η υπερκατανάλωση δημιουργεί τεράστιο χρόνο αναμονής και χρονικό κόστος, με αποτέλεσμα το σύστημα να αυτορυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό, χωρίς βέβαια να εξαλείφεται εντελώς το πρόβλημα. Η επιβολή κάποιας συμμετοχής σε συνδυασμό με το κόστος σε χρόνο μάλλον μειώνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο της ηθικής βλάβης. Το πρόβλημα της ηθικής βλάβης μπορεί να προέρχεται όμως και απ' την προσφορά. Στην περίπτωση αυτή το κίνητρο μπορεί να μην είναι προσωπικό όφελος αλλά η άγνοια του κόστους. Η απουσία του μηχανισμού των τιμών είναι η αιτία για το φαινόμενο αυτό. Η έλλειψη μηχανισμού τιμών επηρεάζει αρνητικά την

ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές.

Όπως συμβαίνει και με τις υπηρεσίες υγείας, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζει αυξητικές τάσεις, λόγω της αναγκαιότητας για κάλυψη των ελλειμμάτων που εμφανίστηκαν κυρίως στους κλάδους συντάξεων των ασφαλιστικών ταμείων.

Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80, αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες:

- α. στις δημογραφικές εξελίξεις.
- β. στην επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης.
- γ. στην αύξηση των επιδομάτων.
- δ. στην αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα.

Ενώ τα ελλείμματα των κλάδων συντάξεων των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτονταν από τη συνεχή αύξηση των κρατικών επιχορηγήσεων, για τους κλάδους υγείας η κυβέρνηση προσανατολίστηκε σε μια πολιτική χαμηλών αμοιβών για τους παραγωγούς των υπηρεσιών (ιατρούς – νοσοκομεία), διατηρώντας έτσι τον πλεονασματικό χαρακτήρα των κλάδων αυτών.

Από το 1992 όμως και έπειτα, λόγω της αύξησης των νοσηλίων που πληρώνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα δημόσια και ιδιωτικά συμβεβλημένα νοσοκομεία άρχισαν να εμφανίζονται ελλείμματα και στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία καλείται να επιχορηγήσει το κράτος.

Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών μέσα από αύξηση των εισφορών η οποία επιβεβαίωνε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία.

Οι παροχές των κλάδων υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης διακρίνονται σε παροχές:

1. σε είδος, οι οποίες περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης.

2. σε χρήμα, οι οποίες αφορούν στη χορήγηση διαφόρων χρηματικών επιδομάτων

Οι παροχές σε είδος χορηγούνται με τους παρακάτω μηχανισμούς:

- α) Προσφυγή του ασφαλισμένου στις υπηρεσίες του ΕΣΥ, μέσω των οποίων παρέχονται φροντίδες υγείας όλων των βαθμίδων. Η αμοιβή των φορέων στην περίπτωση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται με βάση ένα καθορισμένο ημερήσιο νοσήλιο, ενώ για εξωνοσοκομειακής περίθαλψης υπηρεσίες, τα ταμεία αναλαμβάνουν και πληρώνουν στα νοσοκομεία το κόστος των υπηρεσιών κατά πράξη, σύμφωνα με το καθορισμένο από τα Υπουργεία Εμπορίου και Υγείας κρατικό τιμολόγιο.
- β) Κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων από την υγειονομική υποδομή των ίδιων των ταμείων, η οποία όμως αφορά κυρίως σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Οι δαπάνες των φορέων σχετικά με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρέχονται στα πλαίσια της δικής τους υποδομής, καλύπτουν κυρίως έξοδα μισθοδοσίας, δαπάνες κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής καθώς και λειτουργικές δαπάνες.
- γ) Υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς οι οποίοι συμβάλλονται με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για την παροχή όλων των ειδών περίθαλψης στους ασφαλισμένους. Οι φορείς αυτοί μπορεί να είναι ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομεία, κλινικές και φαρμακεία και αμείβονται με τον ίδιο τρόπο και το ίδιο τιμολόγιο, που ισχύει και στην περίπτωση του ΕΣΥ. Πολλές φορές όμως κατά την παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους από ιδιωτικούς συμβεβλημένους με το ταμείο φορείς, προκύπτουν επιπλέον δαπάνες οι οποίες επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασφαλισμένο. Αυτό το φαινόμενο οφείλεται τόσο στις αυτονόητες οικονομικές επιδιώξεις των φορέων υγείας ιδιωτικών συμφερόντων, όσο και στην ουσιαστική διαφορά που υπάρχει μεταξύ του κρατικού τιμολογίου και του πραγματικού κόστους και κατ' επέκταση της τιμής.

2.3. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ.

Σ' αυτή την περίπτωση πηγές χρηματοδότησης είναι τόσο κυβερνήσεις ανεπτυγμένων χωρών μέσω ειδικών υπηρεσιών βοήθειας που έχουν δημιουργήσει, όσο και διεθνείς οργανισμοί.

Τέτοιοι οργανισμοί είναι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, τα Ηνωμένα Έθνη, η Παγκόσμια Τράπεζα κ.λπ.

Η βοήθεια αυτών των οργανισμών συνίσταται σε δωρεάν παροχή υγειονομικού υλικού, ομαδικούς εμβολιασμούς, παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ενίοτε δευτεροβάθμιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.

Η προσπάθεια για επίτευξη της μεγιστοποίησης του υγειονομικού αποτελέσματος σε συνδυασμό με τον έλεγχο των δαπανών για τις υγειονομικές υπηρεσίες, έχει φέρει στο προσκήνιο το ζήτημα του τρόπου με τον οποίο αποζημιώνονται οι προμηθευτές των συστημάτων υγείας. Άλλωστε οι κυριότεροι παράγοντες της προσφοράς, όπως ιατρικό προσωπικό και νοσοκομεία, αποτελούν κυριαρχικούς παράγοντες για την παραγωγή και την κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Το ιατρικό προσωπικό επιτελεί έναν κυρίαρχο ρόλο, όπου συνίσταται κυρίως στην μονοπωλιακού χαρακτήρα αποκλειστικότητα στην πληροφόρηση την οποία κατέχει. Αυτή επιτρέπει στους ιατρούς να κατευθύνουν τη ζήτηση και φυσικά να διαμορφώσουν την προσφορά, κατέχοντας μια εξέχουσα θέση στο μηχανισμό της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Άρα ο τρόπος αποζημίωσής τους αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό που επηρεάζει το ρόλο και τη θέση τους μέσα στο σύστημα.

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των ιατρών είναι:

- Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.
- Η αμοιβή με πάγιο μισθό.
- Η αμοιβή κατά κεφαλή (με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων).
- Η ελεύθερη αγορά (Free market).
- Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας.

3.1. ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.

Η αμοιβή κατά πράξη είναι ένας από τους πλέον διαδεδομένους τρόπους αμοιβής των ιατρών. Ην πληρωμή του ιατρού γίνεται είτε από τον ασθενή, που κατόπιν μπορεί να εισπράξει μέρος ή όλο το ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα, είτε απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα, βάσει

προσυμφωνημένων τιμολογίων. Η επιλογή του ιατρού συνήθως είναι στην ευχέρεια του ασθενούς. Έτσι επιτυγχάνεται, σε μεγάλο βαθμό, η ελευθερία επιλογής, που για πολλούς αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους του συστήματος υγείας, (αποδοτικότητα - ισότητα - ελευθερία επιλογής). Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, ο ασθενής έχει να επιλέξει από έναν κατάλογο ιατρών συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό του φορέα.

Η μέθοδος αυτή αυξάνει ποσοτικά και ποιοτικά την απόδοση του ιατρού, αφού η αμοιβή είναι συνάρτηση της εργασίας του. Επίσης δημιουργεί μια προσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η οποία είναι σημαντική στη θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά, όμως, τη σχέση ποιότητας και ποσότητας σ' αυτή τη μέθοδο υπάρχουν σοβαρές ενστάσεις και αμφιβολίες.

Η μέθοδος αυτή δεν είναι αποδεκτή ούτε από την πλευρά της χρηματοδότησης. Είναι φανερό ότι σε ένα σύστημα, όπου το εισόδημα είναι άμεσα συνδεδεμένο με τον αριθμό των πράξεων, ο ιατρός θα προσπαθήσει να αυξήσει τον αριθμό αυτό στα ανώτατα επιτρεπτά από την ιατρική ηθική επίπεδα.

Αυτό δημιουργεί προκλητή ζήτηση η οποία σε συνδυασμό με το ελάχιστο ή μηδενικό κόστος του καταναλωτή, προκαλεί ηθική βλάβη στον ασφαλιστικό φορέα. Είναι προφανές ότι η μέθοδος αυτή πληθωρίζει τον τομέα υγείας και γι' αυτό υπάρχει τάση εγκατάλειψής της.

3.2. ΑΜΟΙΒΗ ΜΕ ΠΑΓΙΟ ΜΙΣΘΟ

Είναι η συνηθέστερη μέθοδος αμοιβής στη χώρα μας. Κυριαρχεί στους ιατρούς που απασχολούνται στα νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών κ.ά.

Η αμοιβή με μισθό γίνεται με βάση το χρόνο που διαθέτει ο ιατρός για παροχή ενός φάσματος υπηρεσιών ανάλογα με την ειδικότητά του, άσχετα με τον όγκο ή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αμοιβή δεν έχει σχέση με την αποδοτικότητα του ιατρού αλλά είναι αποτέλεσμα συλλογικών συνήθως διαπραγματεύσεων μεταξύ ασφαλιστικών φορέων και ιατρικών συλλόγων ή διοικητικών αποφάσεων της κυβέρνησης.

Η αποδοτικότητα, βεβαίως, έχει την ανταμοιβή της με τη μορφή των προαγωγών σε ανώτερες θέσεις με αυξημένο εισόδημα. Έτσι ο ιατρός ακολουθεί μια καριέρα με ό,τι οφέλη σε οικονομικές απολαβές και κοινωνική άνοδο προκύπτουν από αυτή.

Οι προαγωγές και τα επιδόματα αποτελούν εργαλείο και βοηθούν την αποκέντρωση και ίση γεωγραφική κατανομή του ιατρικού προσωπικού. Η μέθοδος αυτή διευκολύνει επίσης τον προγραμματισμό του τομέα υγείας, εφόσον είναι γνωστή εκ των προτέρων η αμοιβή του ιατρικού προσωπικού. Η μέθοδος αυτή δημιουργεί, τελικά πληθωριστικές πιέσεις στο σύστημα, λόγω της γραφειοκρατικής νοοτροπίας που αναπτύσσεται. Δεν υπάρχει ανταγωνισμός για προσέλκυση πελατών και επιπλέον τις περισσότερες φορές ο ιατρός εξαρτάται περισσότερο από τους προϊσταμένους του παρά από τους ασθενείς. Αυτό τον οδηγεί σε μια κατάσταση όπου προσπαθεί κυρίως να ικανοποιήσει τους προϊσταμένους του, εφόσον απ' αυτούς εξαρτάται η καριέρα του.

Σύνηθες είναι, επίσης, το φαινόμενο της αναγκαίας παραπομπής του ασθενούς σε άλλες ειδικότητες, αντί της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής διαδικασίας από τον ίδιο ιατρό. Αυτό το φαινόμενο επιφέρει αύξηση του κόστους και εμπόδιο στην ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς.

Η έλλειψη κινήτρων για αποδοτικότητα των ιατρών είναι δυνατόν να δημιουργήσει φαινόμενα παραοικονομίας στον τομέα της υγείας με μια κορφή παράνομης αμοιβής κατά πράξη του ιατρού από τον ίδιο τον ασθενή.

Η κατάσταση αυτή έχει καταστρεπτικές συνέπειες για το σύστημα υγείας.

Πέρα από τις οικονομικές επιπτώσεις με τον προφανή πληθωρισμό του τομέα, εξίσου σημαντικές είναι και οι κοινωνικές με τη μείωση του γοήτρου των ιατρών και τον ευτελισμό του φορέα παροχής υγειονομικών φροντίδων.

3.3. ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων).

Η βάση αυτής της μεθόδου δεν είναι ο όγκος των υπηρεσιών ή ο δαπανόμενος από τον ιατρό χρόνος, αλλά η διαθεσιμότητα του ιατρού σε περίπτωση που κάποιος χρειαστεί τις υπηρεσίες του.

Ο ιατρός αμείβεται με κάποιο προσυμφωνημένο ποσό κατά κεφαλή. Έτσι το εισόδημα καθορίζεται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογό του. Το ποσό αυτό πληρώνεται άσχετα με τη χρησιμοποίηση ή όχι των υπηρεσιών του ιατρού και φυσικά είναι άσχετο με τον αριθμό των επισκέψεων του ασθενούς.

Το βασικό θεωρητικό πλεονέκτημα που έχει αυτή η μέθοδος πληρωμής είναι ο προσανατολισμός του ιατρού στην προσέλκυση πελατείας. Η υψηλή ποιότητα των εγκαταστάσεων, οι γραμματειακές υπηρεσίες, η ευγένεια του προσωπικού κ.ά., είναι τρόποι προσέλκυσης πελατείας, οι οποίοι ανεβάζουν την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.

Επίσης κεντρική θέση πλεονεκτήματος κατέχει και η εξασφάλιση της ελευθερίας στην επιλογή ιατρού από το χρήστη.

Ταυτόχρονα η συνήθως πολύχρονη επαφή δημιουργεί μια πολύ καλή σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς με όλα τα αποτελέσματα που μπορεί μια τέτοια σχέση να έχει.

Ο τρόπος αυτός είναι δυνατόν να αυξήσει την παραγωγικότητα του ιατρού, αλλά επειδή ο μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων αυξάνει το εισόδημά του, αυτό δυνατόν να προκαλέσει αύξηση των ωρών αναμονής του ασθενούς στο ιατρείο ή μείωση του χρόνου εξέτασης του ασθενούς.

Βεβαίως το θέμα του χρόνου αναμονής λειτουργεί και ως βαλβίδα ασφαλείας που αυτορυθμίζει το σύστημα, εφόσον ο μεγάλος χρόνος αναμονής οδηγεί ασθενείς σε αλλαγή του γενικού γιατρού τους με άλλον όπου η αναμονή είναι μικρότερη.

Επιπρόσθετα, η χρηματοδοτική αυτή πολιτική, περιορίζει την προκλητή ζήτηση και την ηθική βλάβη, εφόσον η αμοιβή του ιατρού είναι προκαθορισμένη και ανεξάρτητη από τον όγκο των υπηρεσιών.

Το σύστημα θεωρείται ως το πλέον κατάλληλο γιατί δημιουργεί συνθήκες για τον περιορισμό των πληθωριστικών πιέσεων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και τη συγκράτηση των δαπανών σε χαμηλό επίπεδο.

3.4. ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ

Στην ελεύθερη ανταγωνιστική αγορά οι τιμές καθορίζονται από τις δυνάμεις της αγοράς σύμφωνα με τον νεοκλασικό μοντέλο. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες του γιατρού καθορίζεται από την ικανότητα και επιθυμία του πελάτη να πληρώσει. Οι προμηθευτές υπηρεσιών κινούνται για να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη τους και ο μηχανισμός των τιμών λειτουργεί για να δώσει τα μηνύματα της αγοράς στους αγοραστές και πωλητές υπηρεσιών. Οι ιδιομορφίες όμως της αγοράς υγείας, την αλλοιώνουν σε τέτοιο βαθμό, ώστε η θεωρητική νεοφιλελεύθερη σύλληψη να μην ανταποκρίνεται ούτε στοιχειωδώς στους στόχους ενός σύγχρονου συστήματος υγείας (αποδοτικότητα – ισότητα).

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν λειτουργεί προς όφελος του συστήματος δημιουργώντας πολλές πάγιες εξωνοσηλευτικές δαπάνες. Το αποτέλεσμα, λοιπόν, της ελεύθερης αγοράς είναι η έλλειψη αποδοτικότητας, η ανυπαρξία ισότητας και ο πληθωρισμός του τομέα υγείας.

3.5. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Health Maintenance Organization)

Αποτελούν μέλος της ιδιωτικής ασφάλισης της υγείας. Είναι ανταγωνιστικοί οργανισμοί που παρέχουν έναντι συγκεκριμένης και προκαθορισμένης συνδρομής ένα πλήρες πακέτο υγειονομικής κάλυψης για ένα χρόνο ανεξάρτητα από το βαθμό χρησιμοποίησης των υπηρεσιών. Η δέσμη των παρεχομένων υπηρεσιών καλύπτει μέρος ή όλες τις ανάγκες του ασφαλισμένου για το χρονικό αυτό διάστημα, σε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δύο αρχές:

Η πρώτη είναι ότι η αμοιβή είναι σταθερή και ανεξάρτητη από την κατανάλωση, οπότε η υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών αποτελεί αντικίνητρο για τους προμηθευτές των υπηρεσιών.

Η δεύτερη αρχή είναι ότι το συνολικό εισόδημα είναι συνάρτηση του αριθμού των ασφαλισμένων, που με τη σειρά του εξαρτάται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο συνδυασμός των δύο αρχών λειτουργεί ως κίνητρο για τη συνεχή προσπάθεια για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών στο ελάχιστο δυνατό κόστος. Για να γίνει αυτό και να μπορέσει να λειτουργήσει ένα ΗΜΟ έχει τέσσερις στόχους:

- Να συγκροτήσει και αναπτύξει ένα ικανοποιητικό δίκτυο προμηθευτών.
- Να προσελκύσει και διατηρήσει μια βάση εγγραφών τουλάχιστον ίση με το επίπεδο του νεκρού σημείου.
- Να προσανατολίσει τους γιατρούς και διευθυντές προς την κατεύθυνση της ελεγχόμενης φροντίδας.
- Να δημιουργήσει κατάλληλα κίνητρα για έλεγχο της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών.

Χρησιμοποιώντας την οργανωτική και οικονομική δομή τους ως βάση ξεχωρίζουμε τέσσερις τύπους:

1^{ος} Είναι (Staff model). Το ΗΜΟ αποτελείται από ομάδα ιατρών, που παρέχουν υπηρεσίες στα μέλη τους. Οι ιατροί αυτοί μπορεί να είναι οι ίδιοι μέτοχοι στον οργανισμό, σε μια κοινοπρακτική βάση, ή να έχουν προσληφθεί για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

2^{ος} Είναι (Independent Practice Associations). Είναι αυτή που ο ΟΠΥ δεν απασχολεί άμεσα ιατρούς αλλά συνάπτει συμβόλαιο με ανεξάρτητους ιατρούς, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα μέλη του οργανισμού δωρεάν.

3^{ος} Είναι (Group model), όπου ο Οργανισμός αγοράζει υπηρεσίες για τα μέλη του από κάποια ανεξάρτητη ομάδα ιατρών, με την οποία συνάπτει συμβόλαιο για παροχή ορισμένων υπηρεσιών.

4^{ος} Είναι ο τύπος που αγοράζει υπηρεσίες από ένα δίκτυο ανεξάρτητων ομάδων ιατρών. (Network model).

Υπάρχουν, λοιπόν, τύποι που διαφέρουν οργανωτικά και οικονομικά μεταξύ τους.

Η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους στα ΗΜΟ γίνεται με τρεις τρόπους: Την προσεκτική επιλογή των συνεργατών ιατρών, την παροχή οικονομικών κινήτρων για μείωση του κόστους και την προσεκτική παρακολούθηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών τους.

Πλεονεκτήματα των ΗΜΟς.

Από τη φύση τους λειτουργούν σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον και συνεπώς ενδιαφέρονται για την αποδοτικότητα και τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό δίνει τη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής στον καταναλωτή. Η επιλογή δεν περιορίζεται μόνο στην επιλογή του ΗΜΟ, αλλά και της δέσμης φροντίδων για τις οποίες ο καταναλωτής επιθυμεί να ασφαλιστεί.

Τα ΗΜΟς φέρουν το βάρος της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Αυτό αποτελεί κίνητρο για να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία κοστίζει πολύ λιγότερο από τη νοσοκομειακή σε ένα σύστημα υγείας.

Αποτελέσματα.

Σε ό,τι αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, έχει αποδειχθεί ότι οι ασφαλισμένοι σε ΗΜΟ είχαν λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία. Οι επισκέψεις τους σε ιατρεία ήταν ίδιες με αυτές άλλων ασφαλισμένων, είχαν δε περισσότερες επισκέψεις προληπτικής φύσεως, οι οποίες όμως δεν δικαιολογούν την τόσο μεγάλη μείωση των εισαγωγών τους σε νοσοκομεία.

Οι ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι σε τέτοιου τύπου οργανισμούς παρουσιάζουν μια σημαντική μείωση στη διάρκεια νοσηλείας τους στα νοσοκομεία. Ο μέσος όρος νοσηλείας τους είναι αρκετά χαμηλότερος από τους ασφαλισμένους σε άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Μειονεκτήματα.

Υπάρχει η αίσθηση ότι στην πράξη τα ΗΜΟs δεν έχουν επιτύχει το έργο της συγκράτησης του κόστους και μείωσης των συνολικών δαπανών. Οι οργανισμοί αυτοί, λόγω του μικρού σχετικά μεγέθους τους, υποφέρουν από υψηλά κόστη γιατί δεν έχουν την αγοραστική δύναμη ούτε την ικανότητα να επιβάλλουν εκπτώσεις στους προμηθευτές τους.

Όλες οι μελέτες γύρω από τη λειτουργία των ΗΜΟs καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι οργανισμοί αυτοί αποθαρρύνουν την εγγραφή ατόμων ή ομάδων υψηλού κινδύνου.

Ήδη έχουν προταθεί ορισμένες λύσεις στο πρόβλημα, όπως η δημιουργία ανεξάρτητου φορέα για τις εγγραφές στα ΗΜΟs (Brolier).

Τα ΗΜΟs είναι μια ενδιαφέρουσα πρόταση, πρέπει όμως να γίνουν σημαντικές βελτιώσεις τόσο στη δομή όσο και στην οργάνωση.

3.6. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ (Preferred Provider Organizations)

Οι οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPO) είναι ένας άλλος μηχανισμός στην προσπάθεια μείωσης της ηθικής βλάβης που προκαλείται στο σύστημα υγείας. Είναι το μοντέλο ασφάλισης που προτείνεται από τον τομέα των ασφαλιστικών εταιρειών, σαν εναλλακτική λύση, στην προσπάθειά τους να ανταγωνιστούν τα ΗΜΟs.

Ο βασικός προσανατολισμός του είναι προς την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, προσπαθώντας να μειώσει το κόστος των υπηρεσιών τους. Για το σκοπό αυτό ζητούν από τους καταναλωτές –

πελάτες τους να ζητούν υπηρεσίες από επιλεγμένους προμηθευτές, οι οποίοι προσφέρουν φθηνά πακέτα υπηρεσιών.

Οι PPOs συμβάλλονται με γιατρούς και νοσοκομεία σε τιμές χαμηλότερες από τις τιμές της αγοράς. Κατόπιν προσφέρουν ένα ασφαλιστικό πακέτο συνήθως σε επιχειρήσεις για κάλυψη των εργαζομένων τους, σε τιμές χαμηλότερες από τους διάφορους ανταγωνιστές τους (HMOs κ.ά.).

Το ασφάλιστρο επιβαρύνει είτε αποκλειστικά τον εργοδότη ή μέρος του καταβάλλεται και από τον ασφαλισμένο. Το κόστος τη στιγμή της κατανάλωσης είναι μηδέν.

Οι καταναλωτές μπορούν να επιλέξουν μεταξύ των προμηθευτών, καθώς επίσης και να αποτανθούν σε μη συμβληθέντα προμηθευτή, εφόσον είναι διατεθειμένοι να επιβαρυνθούν τη διαφορά τιμής. Οι πρώτες εκτιμήσεις πάντως για τους PPO δεν είναι ενθαρρυντικές, διότι δείχνουν ότι ενώ το κόστος των επισκέψεων ήταν μικρότερο, το συνολικό κόστος του κάθε επεισοδίου ανέβηκε.

Αυτό οφείλεται μάλλον στο γεγονός ότι οι προμηθευτές αυξάνουν τις επισκέψεις, έτσι ώστε να υπερκαλύψουν την έκπτωση που κάνουν ανά επίσκεψη και να αυξήσουν έτσι τα κέρδη τους.

Με το σύστημα αυτό δεν υπάρχουν ακόμη εκτιμήσεις για κατανάλωση δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Τα πρώτα στοιχεία δείχνουν ότι αυτή είναι χαμηλή. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα του φαινομένου της αντίστροφης επιλογής που υπάρχει σε κάποιο βαθμό και συνεπώς άτομα με μεγάλες ανάγκες νοσοκομειακής νοσηλείας δεν εισέρχονται καθόλου στο σύστημα.

3.7. ΔΙΚΤΥΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ **(Resaux de Soins Coordonnes)**

Δημιουργήθηκαν στη Γαλλία το 1983, είναι κάτι αντίστοιχο με τα HMOs.

Το RSC είναι ένα δίκτυο ιατρικού, παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο προσφέρει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στους ασφαλισμένους του, έναντι κατά κεφαλή ετήσιας αμοιβής.

Τα RSCs λειτουργούν σε ένα περιβάλλον όπου τον καθοριστικό ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση. Οι ασφαλιστικοί φορείς είναι αυτοί που διαπραγματεύονται, μέσω ειδικής επιτροπής, με το RSC για το ύψος της εισφοράς και τελικά συμμετέχουν στη δαπάνη καλύπτοντας το 80% της εισφοράς. Η εισφορά καθορίζεται ανάλογα με την ομάδα κινδύνου του ασφαλισμένου.

Τα RSCs, αποσκοπούν στην προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ταυτόχρονη μείωση του κόστους του τομέα υγείας.

3.8. ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ **(Budget Holding).**

Εφαρμόστηκε στη Βρετανία.

Εδώ το κλειδί για την είσοδο του ασθενούς είτε στην πρωτοβάθμια είτε στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι ο γενικός γιατρός. Αποζημιώνεται με έναν ετήσιο προϋπολογισμό που του δίνεται για κάθε έναν από τους εγγεγραμμένους του.

Με αυτόν τον προϋπολογισμό είναι υποχρεωμένος να καλύψει όλες τις ανάγκες των εγγεγραμμένων πολιτών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη.

Ο γιατρός έρχεται σε διαπραγμάτευση με προμηθευτές υπηρεσιών και εξασφαλίζει συμβόλαια με μειωμένο τιμολόγιο. Ταυτόχρονα, παρακολουθεί επισταμένως την εξέλιξη της νοσηλείας του ασθενούς του και ως ειδικός έχει άποψη πάνω σε διάφορα θέματα ιατρικής πρακτικής που ανακύπτουν. Για να βοηθηθούν οι γενικοί γιατροί στα πρώτα τους στάδια, περιορίστηκε ο αριθμός των ιατρικών πράξεων, που είναι υποχρεωμένος να καλύψει και μπήκε όριο στο ύψος της οικονομικής ευθύνης του γιατρού για νοσοκομειακή κάλυψη.

Για το σύστημα αυτό όμως παρουσιάστηκαν αντιρρήσεις. Η πρώτη δέσμη κριτικής κατευθύνεται στο ζήτημα της ισότητας, το οποίο αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για Βρετανικό ΕΣΥ.

Η ιδέα ότι η περίθαλψη στη Βρετανία γίνεται απρόσωπη και προσανατολίζεται σε περικοπή κόστους και μεγιστοποίηση κερδών των

λειτουργιών της προκαλεί έντονες αντιδράσεις. Το σύστημα έχει χαρακτηριστεί ως καίριο κτύπημα στην ίση προσφορά υπηρεσιών στον πληθυσμό.

Εκφράστηκαν διαμαρτυρίες για διαφορετική μεταχείριση των ασφαλισμένων σε γενικούς γιατρούς από πλευράς νοσοκομείων.

Επίσης υπάρχουν αμφιβολίες για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα παρέχουν οι υποκινούμενοι από κερδοσκοπικά κίνητρα γενικοί γιατροί. Το σύστημα των προϋπολογισμών θα δημιουργήσει δυσκολίες στο σχεδιασμό του Σ.Υ. εφόσον ένας μεγάλος αριθμός γιατρών θα διαπραγματεύεται ξεχωριστά τιμές υπηρεσιών σε διάφορους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.

Η αγορά των υπηρεσιών δεν γίνεται από τους καταναλωτές, αλλά από ειδικούς, γεγονός που επιτρέπει την καλύτερη διαπραγμάτευση προς όφελος του καταναλωτή, με αποτέλεσμα να αποκτά η πρωτοβάθμια περίθαλψη ιδιαίτερο βάρος στο σύστημα, γεγονός από τη φύση του θετικό στην προσπάθεια περιορισμού των δαπανών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.

Υπάρχουν δύο βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων για τις υπηρεσίες που προσφέρουν:

- Η εκ των υστέρων χρηματοδότηση.
- Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση.

4.1. Η ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.

Με το σύστημα αυτό το νοσοκομείο αποζημιώνεται με την εκ των υστέρων καταβολή των νοσηλίων από τον ασφαλιστικό οργανισμό που καλύπτει τον ασθενή. Η αποζημίωση γίνεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο. Υπάρχουν τρεις τύποι ημερήσιου νοσηλίου, ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού του.

- Το κλειστό νοσήλιο
- Το ανοικτό νοσήλιο
- Το ευλύγιστο νοσήλιο.

4.1.1. ΤΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Το κλειστό νοσήλιο είναι ένα πάγιο ποσό που καταβάλλεται στο νοσοκομείο για κάθε μέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα από το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν την ημέρα αυτή και το οποίο υποτίθεται πως καλύπτει το μέσο κόστος νοσηλείας του ασθενούς. Δηλαδή, το κλειστό νοσήλιο είναι ο λόγος των συνολικών δαπανών του νοσοκομείου προς το συνολικό αριθμό ημερών νοσηλείας.

Στην πραγματικότητα όμως υπάρχει μεγάλη απόκλιση μεταξύ ημερήσιου πραγματικού κόστους νοσηλείας και κλειστού νοσηλίου, το οποίο δεν είναι προϊόν υπολογισμού του κόστους, αλλά διοικητικής απόφασης της

κυβέρνησης, που ενεργεί ταυτόχρονα ως εκπρόσωπος των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων. Η απόκλιση είναι μεγάλη.

Αυτό βεβαίως καθιστά αδύνατη την αντιμετώπιση των δαπανών και έχει σαν αποτέλεσμα την υπερχρέωση και την αναζήτηση συμπληρωματικών πόρων με τη μορφή των συμπληρωματικών προϋπολογισμών.

Το σύστημα του κλειστού νοσηλίου εφαρμόζεται ακόμη στη χώρα μας, με αποτέλεσμα την υπερχρέωση όλων των νοσοκομείων σε σημείο οικονομικής παραλυσίας.

4.1.2. ΤΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Είναι ο διαχωρισμός του κόστους νοσηλείας σε δύο. Το σταθερό κόστος που περιλαμβάνει τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή και το μεταβλητό κόστος που ισούται με την τιμή της κάθε ιατρικής πράξης, εξέτασης, επέμβασης και θεραπείας, πολλαπλασιασμένο με τον αριθμό των πράξεων που υπεβλήθη ο ασθενής κατά τη διάρκεια της παραμονής του.

4.1.3. ΤΟ ΕΥΛΥΓΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Είναι ένας εκ των υστέρων υπολογισμών νοσηλίων με βάση όμως ένα εκ των προτέρων καθορισμένο τιμολόγιο, που εξαρτάται από το είδος της ασθένειας και της παρασχεθείσας θεραπείας.

Το σύστημα της εκ των υστέρων τιμολόγησης με βάση το ημερήσιο νοσήλιο ασκεί έντονες πληθωριστικές πιέσεις στον τομέα της υγείας αυξάνοντας το κόστος λειτουργίας της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η αύξηση του κόστους είναι αποτέλεσμα της σχέσης που υπάρχει μεταξύ εσόδων του νοσοκομείου και διάρκειας παραμονής. Στην περίπτωση δε που το νοσήλιο είναι ανοικτό, προστίθεται και ο παράγοντας των διαγνωστικών εξετάσεων, αναγκαίων ή μη, ως ρυθμιστικός για τα έσοδα του νοσοκομείου. Κάτω από τέτοιες συνθήκες όχι απλά δεν υπάρχει κίνητρο για μείωση του

κόστους λειτουργίας, αλλά αντίθετα η αύξηση του κόστους νοσηλείας του κάθε ασθενούς αποτελεί κίνητρο για τους υπεύθυνους του νοσοκομείου.

Έτσι το σύστημα αυτό έχει εγκαταλειφθεί από όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας, τόσο λόγω των πληθωριστικών πιέσεων που ασκεί στον τομέα της υγείας όσο και από την εγγενή αδυναμία προϋπολογισμού των δαπανών και σχεδιασμό του συστήματος υγείας. Τη θέση έχει λάβει η εκ των προτέρων τιμολόγηση.

4.2. Η ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η αρχή της εκ των προτέρων τιμολόγησης είναι η λειτουργία των νοσοκομείων μέσα σε ένα καθορισμένο προϋπολογισμό. Ο προϋπολογισμός των εξόδων μπορεί να γίνεται με βάση τον ατομικό ασθενή, το σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ή τη συνήθη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Η τήρηση του προϋπολογισμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση αλλά η αυστηρότητα διαφέρει από χώρα σε χώρα και εξαρτάται και από τη συγκεκριμένη μέθοδο προϋπολογισμού.

Ο υπολογισμός γίνεται με διάφορους τρόπους. Σε άλλα συστήματα σα βάση ο προϋπολογισμός.

Με το σύστημα αυτό χρησιμοποιείται ο όγκος των εργασιών παρελθόντων ετών, για να υπολογισθεί η χρηματοδότηση του επόμενου έτους.

Άλλη μέθοδος είναι ο υπολογισμός ενός μέσου κόστους κατά ασθένεια και η αποζημίωση γίνεται βάσει της διάγνωσης κατά ασθενή.

4.2.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.

Το σύστημα αυτό πρωτοεφαρμόστηκε το 1982 στις Η.Π.Α.

Με το σύστημα αυτό ταξινομούνται οι ασθενείς κατά ομάδες, σύμφωνα με τη διάγνωση και κριτήριο για τη χρηματοδότηση είναι το είδος της

ασθένειας και η χρήση των πόρων που είναι απαραίτητα κατά μέσο όρο για τη θεραπεία της ασθένειας αυτής.

Η κατάταξη γίνεται σε μία από τις 475 ομάδες που υπάρχουν σήμερα και οι οποίες στηρίζονται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών.

Κριτήρια κατάταξης αποτελούν:

- Η κύρια διάγνωση
- Η δευτερεύουσα διάγνωση
- Οι τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις
- Η ηλικία
- Το φύλο
- Κλινική κατάσταση κατά την έξοδο.

Η μεν αποζημίωση, λοιπόν, είναι προαποφασισμένη και γνωστή στον ασφαλιστικό φορέα, ενώ το είδος της θεραπείας, οι ιατρικές εξετάσεις και η διάρκεια παραμονής είναι στην απόλυτη δικαιοδοσία του νοσοκομείου.

Για να επιβιώσει ένα νοσοκομείο ή να έχει κέρδη, θα πρέπει με το σύστημα αυτό να κρατήσει το κόστος νοσηλείας σε επίπεδο του μέσου όρου ή κάτω από αυτό.

Το πώς θα το επιτύχει αυτό εξαρτάται από το νοσοκομείο, το οποίο μπορεί να μειώσει το χρόνο νοσηλείας, ή να ακολουθήσει φθηνότερη θεραπεία, ή ακόμα και να χαμηλώσει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τελικά το σύστημα αυτό δεν αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, αν λάβει κανείς υπόψη τον τεράστιο αριθμό μεταβλητών που υπάρχουν στο σύστημα υγείας. Μια προσπάθεια συμπίεσης του κόστους με τιμολόγηση υπηρεσιών ανεξάρτητα από την ποσότητα, μπορεί να πέσει στο κενό διότι δεν λαμβάνει υπόψη της τη μεταβλητή της κλινικής ελευθερίας και διαφοροποίησης που υπάρχει κατά την άσκηση της ιατρικής.

Επίσης ασθενείς με ελαφρές παθήσεις γίνονται πηγές υψηλού κέρδους, ενώ με σοβαρές παθήσεις αποτελούν πηγή ζημίας. Άρα το σύστημα αυτό είναι αιτία για διαφοροποιήσεις και ανισότητες μεταξύ διαγνωστικών ομάδων.

Το ίδιο σύστημα είναι και ατελές και η αξιολόγηση δεν είναι πλήρως αντικειμενική στις διαφοροποιήσεις των ασθενών. Το αποτέλεσμα είναι να υποτιμολογούνται βαρύτερες ασθένειες και οι ασθενείς αυτοί να μην είναι επιθυμητοί στα νοσοκομεία. Με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται τελικά σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Κάποιες όμως αλλαγές στην ιατρική πρακτική μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη θεσμοθέτηση ενός οργάνου ποιοτικού ελέγχου.

Τελικά το σύστημα αυτό στηρίζει τη χρηματοδότηση στο παραγόμενο προϊόν και καθιστά αναγκαία την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση του νοσοκομειακού τομέα, δίνοντας τη δυνατότητα ελέγχου της ποιότητας των ιατρικών πράξεων.

4.2.2. Ο ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων με προϋπολογισμό των δαπανών σε ετήσια βάση είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στις ανεπτυγμένες χώρες.

Ο προϋπολογισμός καταρτίζεται στις αρχές κάθε έτους, σύμφωνα με τις προβλέψεις που γίνονται για τις ανάγκες που πρόκειται να προκύψουν σύμφωνα με εξελίξεις που προβλέπονται στον όγκο εργασιών του νοσοκομείου και στο γενικό επίπεδο τιμών και εισοδημάτων.

Η χρηματοδότηση μέσω προϋπολογισμού γίνεται σε μηνιαία βάση και έτσι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της εξέλιξης των δαπανών. Η συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης των μεγεθών επιτρέπει την παρακολούθηση της πορείας του προϋπολογισμού. Τυχόν αποκλίσεις διορθώνονται κατά τη διάρκεια υλοποίησής του με αποτέλεσμα να αποφεύγονται οι όποιες εκπλήξεις στο τέλος του έτους.

Για τη σωστή κατάρτιση και υλοποίηση του προϋπολογισμού είναι απαραίτητη η συμμετοχή και η συνεργασία τόσο του διοικητικού όσο και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η συλλογή πληροφοριών, ο σχεδιασμός και η κοστολόγηση των υπηρεσιών, εργασίες απαραίτητες για τη σύνταξη του προϋπολογισμού, αφορούν το σύνολο σχεδόν των

εργαζομένων, επιτυγχάνοντας έτσι ένα υψηλό βαθμό συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

4.2.3. Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ένα εξελιγμένο σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα από τους ενδιαμέσους φορείς (κράτος, ασφαλιστικά ταμεία), χρησιμοποιώντας ως βάση τη δραστηριότητα του κάθε νοσοκομείου κατά τα προηγούμενα χρόνια.

Αυτός ο τρόπος χρησιμοποιείται στη Γαλλία από το 1983. Ο υπολογισμός της χρηματοδότησης γίνεται χρησιμοποιώντας ως βάση το ιστορικό του νοσοκομείου κάνοντας εκτίμηση του έργου που πρόκειται να παραχθεί την επόμενη χρονιά.

Αυτό γίνεται με:

- ❖ Τον καθορισμό τιμών για κάθε περίπτωση νοσηλείας.
- ❖ Την αναμενόμενη διάρθρωση – σύνθεση των ασθενειών.
- ❖ Τον υπολογισμό του αναμενόμενου όγκου εργασίας.

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ένα σύνολο επί μέρους προϋπολογισμών που προκύπτουν και συντάσσονται από διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και αποκαλούνται δορυφορικοί προϋπολογισμοί.

Οι δορυφορικοί προϋπολογισμοί συντάσσονται από κάθε κλινική, διοικητικό ή τεχνικό τμήμα. Κάθε τμήμα από αυτά είναι υπεύθυνο για την πιστή τήρηση του δικού του προϋπολογισμού, αυξάνοντας έτσι την υπευθυνότητά του έναντι του νοσοκομείου.

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι ουσιαστικά ένα σύστημα αποκεντρωμένης συμμετοχής στη διαχείριση των εργαζομένων, ιατρών, διοικητικών και νοσηλευτών, που σκοπό έχει τη συνειδητοποίηση του κόστους που προκύπτει από τις δραστηριότητές τους.

Αυτό το σύστημα όμως έχει και τα μειονεκτήματά του. Το πιο βασικό είναι ότι με το σύστημα αυτό δεν υπάρχει άμεση σχέση εσόδων και παραγωγικότητας.

Τυχόν αύξηση του όγκου εργασιών, δηλαδή των εισαγωγών, μάλλον αρνητικό οικονομικό αποτέλεσμα έχει για το νοσοκομείο και συνεπώς αποτελεί αντικίνητρο για αύξηση της παραγωγικότητας.

Από την άλλη πλευρά, όμως, η αυξημένη παραγωγικότητα δεν σημαίνει στην περίπτωση των νοσοκομείων την καλύτερη εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

Ο ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ

Για να αναπυχθεί το πρόβλημα της έλλειψης κινήτρων έχει αρχίσει στη Βρετανία η λειτουργία ενός νέου συστήματος χρηματοδότησης.

Δημιουργήθηκαν στο σύστημα αυτό συνθήκες εσωτερικής αγοράς, που σκοπό έχει τη δημιουργία ενός ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Για το σκοπό αυτό, με το νέο σύστημα, έχει διαχωριστεί η χρηματοδοτική δραστηριότητα από αυτή της παροχής περίθαλψης.

Ορισμένα νοσοκομεία αυτονομήθηκαν και είναι πλέον ελεύθερα να τιμολογούν όπως θέλουν τις υπηρεσίες τους, να απασχολούν το προσωπικό που κρίνουν απαραίτητο φάσμα υπηρεσιών.

Οι Τοπικές Υγειονομικές Αρχές είναι ελεύθερες να αγοράζουν υπηρεσίες για λογαριασμό του πληθυσμού τον οποίο εκπροσωπούν και υπηρετούν, από όπου κρίνουν ότι είναι συμφερότερο, ακόμη και από τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι προκαλείται ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών.

Με το σύστημα αυτό σε γενικές γραμμές δημιουργούνται συνθήκες αγοράς ή ημιαγοράς, διατηρώντας ταυτόχρονα την αρχή της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσα από ένα κεντρικά χρηματοδοτούμενο σύστημα. Τα πρώτα δείγματα του συστήματος αυτού είναι ενθαρρυντικά σε ό,τι αφορά την αποδοτικότητα και των δύο τομέων περίθαλψης των οποίων η εσωτερική αγορά επηρέασε τη λειτουργία.

Υπάρχουν όμως αμφιβολίες αν η αύξηση της αποδοτικότητας είναι αποτέλεσμα σωστότερης λειτουργίας ή της αύξησης του ύψους της χρηματοδότησης, που εν τω μεταξύ παρατηρήθηκε. Επιπλέον, νέα κόστη προκύπτουν, τα οποία είχαν υπολογιστεί προηγουμένως.

Σε ότι αφορά την εξυπηρέτηση στόχων, όπως η ισότητα ή την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα πράγματα δεν έχουν ξεκαθαρίσει ακόμη, αλλά έχουν αρχίσει να εκφράζουν αμφιβολίες πάνω στο θέμα αυτό.

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μετά την παρουσίαση των συστημάτων υγείας που επικρατούν και του τρόπου οργάνωσής τους, βλέπουμε ότι σημαντικότερη παράμετρος λειτουργίας αυτών είναι η μορφή και η διαδικασία χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Έτσι οι τρόποι και τα μοντέλα χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων αποτελούν τα τελευταία χρόνια τον πυρήνα του προβλήματος γύρω από την αποτελεσματικότητα και το υψηλό κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών. Η προσέγγιση των μεθόδων χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων έγινε στο επίπεδο των πηγών των κεφαλαίων, αλλά των μηχανισμών αποζημίωσης ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που αποτελούν τους κύριους προμηθευτές των υπηρεσιών.

Παράλληλα, παρουσιάστηκαν κάποια εναλλακτικά υποδείγματα από τη διεθνή εμπειρία, στα οποία επιχειρήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια διερευνήθηκε ο ρόλος της ζήτησης στην αύξηση των δαπανών υγείας, οι οποίες στις περισσότερες χώρες κινούνται δυσανάλογα τόσο ως προς τη γενικότερη οικονομική ανάπτυξη όσο και ως προς την εξέλιξη του επιπέδου υγείας των πληθυσμών.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όμως τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι κοινής προέλευσης, όπως κοινά είναι και τα αποτελέσματα που επιδιώκουν. Οι μεταρρυθμιστικές προτάσεις που παρουσιάστηκαν είναι πολλές, εξέχουσα θέση όμως σ' αυτές έχει η εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Μάλιστα η εισαγωγή των ανταγωνιστικών τεχνικών στις περισσότερες χώρες και η εμπειρία της επιτυχούς εφαρμογής τους, καθιστά την πρόταση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού ως μία ιδιαίτερα ελκυστική προοπτική για τη χώρα μας, δεδομένης της υφιστάμενης κατάστασης του υγειονομικού συστήματος. Άλλωστε παρατηρείται και ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μέσω της οποίας θα αποδειχθεί ότι τόσο σε επίπεδο θεωρητικής θεμελίωσης όσο και σε επίπεδο οργάνωσης, οι κλασικοί διαχωρισμοί των συστημάτων υγείας δεν αρκούν ώστε να ερμηνεύσουν τις εξελίξεις στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, απαιτείται μια νέα, σύγχρονη εννοιολογική προσέγγιση της υγείας,

καθώς και ευέλικτες παρεμβάσεις σε επίπεδο πολιτικών υγείας, που θα λαμβάνουν υπόψη τους τις κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις και τις μεταβολές στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ (2000), "Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ" ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
- 2) ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ (1998), "ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ", ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
- 3) ΚΟΝΤΟΥΛΗ – ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΡΙΑ, (1997), "ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ", ΕΞΑΝΤΑΣ, ΑΘΗΝΑ.
- 4) ΜΠΟΥΡΣΑΝΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, (1993), "ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ". ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ, ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ.
- 5) ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, (1994), "ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ", Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ, (ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ).