

## Για μια σύγχρονη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Γεώργιος Μάρδας\*, Μαρία Σπάρου\*\*

### Περίληψη

*Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας επιχείρησε, μέσα στο έτος 1998, μια σημαντική προσπάθεια εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικός στόχος του υπεύθυνου αυτού φορέα για τη χάραξη της πολιτικής υγείας, ήταν η σύγκλιση των επιμέρους αγορών υπηρεσιών υγείας προς μια ενιαία εθνική υγειονομική αγορά. Τελικός δε σκοπός είναι η δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας. Στο πλαίσιο αυτού του προγραμματισμού προτείνονται νέες ουσιαστικές και θεσμικές παρεμβάσεις.*

### 1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Το έτος 1983, δημοσιεύθηκε ο νόμος 1397, που θεσμοθετούσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας. Μέχρι σήμερα, η πολιτεία παρενέβη θεσμοθετικά με μια σειρά πέντε νόμων (1579/85, 1579/88, 2071/92, 2194/94 και 2519/97) και τροποποίησε, συμπλήρωσε και κατάργησε ορισμένες διατάξεις του αρχικού νόμου του Ε.Σ.Υ., χωρίς όμως ποτέ να παρέμβει ουσιαστικά, ριζικά και με επιστημονικό προγραμματισμό στο σύστημα αυτό, ώστε να αριστοποιήσει τη λειτουργία του.

---

\* Καθηγητής στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας.

\*\* Καθηγήτρια στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ο προγραμματιστής και ο πολιτικός οφείλουν να ενσκήψουν με μεγάλη σοβαρότητα και υπευθυνότητα στα βασικά προβλήματα του Ε.Σ.Υ. Το ανθρώπινο κεφάλαιο, η επιστημονική έρευνα στο χώρο της υγείας, η διόγκωση των δαπανών για φάρμακα, ο συνεχώς αυξανόμενος ρυθμός των δαπανών για υγεία, οι δυσλειτουργίες στο διοικητικό και οικονομικό μηχανισμό, καθώς και η αποδοτική και χρήσιμη χρηματοδότηση είναι τα κατεξοχήν πρωτεύοντα θέματα που η σημασία των οποίων πρέπει να αξιολογηθεί και να προταθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση των σχετικών προκυπτόντων προβλημάτων, που σε τελευταία ανάλυση προκαλούν τη μείωση της αίσθησης της ικανοποίησης των πολιτών από τα προϊόντα υγείας τα οποία παράγει το Ε.Σ.Υ. Πρωταρχικός άξονας όλων των σχετικών παρεμβάσεων είναι αφενός η αλλαγή νοοτροπίας των διοικούντων, σε όλη την ιεραρχία, ως προς την αναγκαιότητα του θεσμού του Ε.Σ.Υ. και αφετέρου ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας του χώρου αυτού, του οποίου χαρακτηριστήρα οι συνιστώσες μεταφράζονται σε σεβασμό στην προσωπικότητα, την ελευθερία και την αξιοπρέπεια του πολίτη, αλλά και στα δικαιώματα του ασθενή.

## 2. Επιχειρούμενες θεσμικές αλλαγές στο Ε.Σ.Υ.

Στην Ελλάδα, μέσα στο 1998, θα αρχίσει ένα πιλοτικό πρόγραμμα εφαρμογής ενός δικτύου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.). Στόχος του προγράμματος είναι, στην ολοκλήρωσή του, να καλύπτει υγειονομικά όλη τη χώρα, να προσφέρεται ενιαία και αποτελεσματικά η φροντίδα υγείας ακόμη και σε απομακρυσμένες περιοχές σε όλους του πολίτες και να λειτουργήσουν οι Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ε.Σ.Υ., των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, των Ο.Τ.Α. ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ., σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο, ως Δίκτυα Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τελικός δε σκοπός είναι να λειτουργήσει το πρόγραμμα αυτό ως Ενιαίος Φορέας Υγείας (Ε.Φ.Υ.).

Φαίνεται, ότι πολιτική του υπουργείου υγείας είναι «η βαθμιαία προσέγγιση σύγκλισης των επιμέρους αγορών υπηρεσιών υγείας προς μια ενιαία εθνική υγειονομική αγορά με την εποπτεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση του κράτους». Η όλη αυτή διαδικασία, δεν αποτελεί παρά την αρχή για την οικοδόμηση, στην πράξη,

του ως άνω Ενιαίου Φορέα Υγείας και η εφαρμογή του στα πλαίσια του συστήματος υγείας. Αυτό το γεγονός, θα συνδράμει στον έλεγχο του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών, με ταυτόχρονα ποιοτικότερη απόδοσή τους. Επίσης, το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα έχει ως βασικό στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, στον τομέα των οποίων υστερεί η χώρα μας και όχι απλά και μόνο την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ακόμη, στα άμεσα σχέδια είναι (στα πλαίσια του σχετικού με τα παραπάνω νόμου 2159, ΦΕΚ 165, 21-08-1997) η εφαρμογή στην πράξη και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος, εκτός της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, θα συνεργάζεται για την πραγματοποίηση ειδικών ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων με τους αντίστοιχους ειδικούς ιατρούς και εργαστήρια του Δικτύου ή του συνδεδεμένου με αυτό Νοσοκομείου. Συνέπεια αυτού θα είναι η επίτευξη της μείωσης των δαπανών για ιατρικές εξετάσεις σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Προγραμματίζεται, επίσης, ώστε οι Μονάδες Υγείας διάφορων Φορέων να λειτουργήσουν με κοινά στοιχεία και έτσι να επιτευχθεί η εξομοίωση της περίθαλψης σε όλους τους ασφαλισμένους και κυρίως η μείωση των δαπανών για υγεία από τον οικογενειακό προϋπολογισμό, αφού θα ικανοποιούνται οι ανάγκες από το δημόσιο τομέα και δε θα είναι απαραίτητη η προσφυγή στον ιδιωτικό τομέα για παροχή πιο αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας<sup>1</sup>.

### 3. Προτεινόμενες ουσιαστικές και θεσμικές παρεμβάσεις στο Ε.Σ.Υ.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, θα πρέπει, καταρχήν, να αξιοποιηθεί ορθολογικά το ήδη υπάρχον, κυρίως δε των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, και των ασφαλιστικών ταμείων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να δοθούν κίνητρα και εγγυήσεις για την προσέλευση νέων στελεχών σε υποβαθμισμένες περιοχές της χώρας. Τέλος, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στον προγραμματισμό παραγωγής εκπαίδευσης και περαιτέρω εξειδίκευσης των επαγγελματιών υγείας και η καθιέρωση του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας, με διαχωρισμό του πτυχίου και της άδειας άσκησης επαγγέλματος. Μία πρόταση είναι αυτή η άσκηση να χορηγείται με πανελλαδικές εξετάσεις. Βέβαια, απαιτείται, εκτός από θέληση και εύρεση των αναγκαίων οικονομικών πόρων για την πραγματο-

ποίηση του σχεδίου. Αξίζει όμως αυτή η προσπάθεια, γιατί θα βελτιωθούν σημαντικά οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας<sup>2</sup>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

Προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το έτος 1992

Κατηγορίες προσωπικού	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Γενικό Σύνολο
Γιατροί Ε.Σ.Υ	8.052	1.300	9.352
Γιατροί - ιδιώτες	—	—	—
Γιατροί Πανεπιστημιακοί	941	—	941
Γιατροί υπό ειδίκευση	6.388	—	6.388
Συναφείς (Φαρμακ. Βιολ.)	1.128	—	1.128
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>16.509</b>	<b>1.300</b>	<b>17.809</b>
Νοσοκόμες	26.153	—	26.153
Λοιπό Νοσ/κό Προσωπικό	4.322	—	4.322
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>30.475</b>	<b>1.431</b>	<b>31.906</b>
Παραϊατρικό προσωπικό	669	338	1.007
Τεχνικό Προσωπικό	4.055	—	4.055
Λοιπό Διοικ. Προσωπικό	22.864	—	22.864
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>27.588</b>	<b>2.024</b>	<b>29.612</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>74.572</b>	<b>4.755</b>	<b>79.327</b>

Πηγή: Υπουργείο Υ.Π.Κ.Α.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**

Ιατροί, οδοντογιάτροι και φαρμακοποιοί σε όλη τη χώρα  
(δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) κατά τα έτη 1983-1993

Έτη	Γιατροί	Κάτοικοι ανά γιατρό	Οδοντογιάτροι	Φαρμακοποιοί
1983	27.581	357	8.222	5.384
1984	28.193	351	8.379	5.732
1985	31.212	318	8.447	7.621
1986	32.434	307	8.675	8.081
1987	33.763	296	8.962	8.503
1988	35.104	285	9.261	8.885
1989	36.423	276	9.583	9.211
1990	37.764	267	9.849	9.512
1991	39.189	260	10.167	9.770
1992	40.517	254	10.446	10.062
1993	41.631	249	10.797	10.196
M.E.P.M	$i = 9,5$	$i = -6,6$	$i = 2,8$	$i = 6,6$

Πηγή: (α) Ε.Σ.Υ.Ε. (β) Ίδιοι υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδα.

**Παρατηρήσεις:**

- Κατά το έτος 1989, στην περιφέρεια πρωτεύουσας, ο αριθμός των γιατρών είναι 17.214. Δεν περιλαμβάνονται τα κρεβάτια και τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας.
- Ο αριθμός των γιατρών, οδοντογιάτρων και φαρμακοποιών υπολογίζεται την 31 Δεκεμβρίου κάθε έτους. Ειδικά για το έτος 1993, υπολογίστηκαν στις 31-10-1993.
- Τα κρεβάτια και τα νοσηλευτικά ιδρύματα του έτους 1991, υπολογίστηκαν τον Ιούλιο 1991.
- Ο αριθμός των κρεβατιών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, για το έτος 1991, αναφέρονται στον μήνα Ιούλιο.
- Όπου M.E.P.M. = Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής.
- Ο πληθυσμός της Ελλάδας, κατά το 1983 (μέσο του έτους), ήταν 9.846.627, ενώ το 1993 ήταν 10.379.453. Αυτό σημαίνει, ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, για την περίοδο 1983-1993, ήταν 5,3%. Για το ίδιο διάστημα (1983-1993), ο M.E.P.M. των γιατρών ήταν +9,5% των δε κατοίκων ανά γιατρό ήταν -6,6%. Η συνεχής αυξητική τάση του αριθμού των γιατρών και η σχεδόν μηδενική τάση αύξησης του πληθυσμού, μέχρι και το έτος 1994, οδήγησαν στη διαμόρφωση χαμηλού δείκτη «κάτοικοι ανά γιατρό», δηλαδή στον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος. Πρέπει να σημειωθεί, ότι ο M.E.P.M. του πραγματικού πληθυσμού της Ελλάδας, για τα έτη 1983-1993, ήταν  $i = +0,5$ .

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που πρέπει να θιγεί, με βάση τις προοπτικές για το μέλλον του συστήματος υγείας, είναι το θέμα των ερευνών στη χώρα της Υγείας. Το θέμα αυτό έγκειται στην Έρευνα Αποτελεσμάτων και στην Έρευνα των Διαφοροποιήσεων. Είναι απαραίτητη η συγκομιδή στοιχείων και εμπειριών από όλες τις χώρες, όπως και η προτυποποίηση των διεθνών στατιστικών. Κάτι τέτοιο, είναι πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα δε στον τομέα της οικονομίας της υγείας, καθώς θα βοηθήσει να γνωρίσουμε, σε κοινή βάση, οικονομικά δεδομένα, που αφορούν το σύστημα υγείας κάθε χώρας και να αποφύγουμε μεθόδους, που απέτυχαν ή να εφαρμόσουμε άλλες που επέτυχαν· αλλά κυρίως να δημιουργήσουμε ένα εθνικό σύστημα, βασισμένο στα οικονομικό-κοινωνικά δεδομένα της χώρας, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις σχετικές εμπειρίες.

Στο πλαίσιο της οικονομικής διαχείρισης και λογιστικής παρακολούθησης των ερευνών προτείνεται να δημιουργηθούν ειδικοί κλαδικοί λογαριασμοί για την έρευνα στον τομέα της υγείας μέσα στους Εθνικούς Λογαριασμούς. Πάντως πρέπει να αυξηθούν στην Ελλάδα σημαντικά τα κονδύλια που αφορούν την έρευνα και μάλιστα στον τομέα της υγείας<sup>3</sup>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

Σύνολο δαπανών δημόσιου προϋπολογισμού για έρευνα και ανάπτυξη σε % του Α.Εγ.Π., για τα έτη 1989-1994

Χώρες	Έτη						M.E.P.M. (%)
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1989-1994
Αυστρία	0,58	0,56	0,63	0,64	0,68	0,69	0,3
Βέλγιο	0,64	0,61	0,62	0,60	0,63	0,63	-0,3
Γαλλία	1,37	1,38	1,38	1,27	1,25	1,22	-2,3
Γερμανία	1,06	1,04	1,05	1,03	1,01	0,95	-2,2
Δανία	0,80	0,75	0,75	0,69	0,67	0,66	-3,8
Ελλάδα	0,32	0,28	0,27	0,24	0,23	0,22	-7,2
Ενωμένο Βασίλειο	0,90	0,88	0,88	0,87	0,88	0,85	-1,1
Ιρλανδία	0,32	0,30	0,32	0,34	0,33	0,28	-2,6
Ισπανία	0,52	0,55	0,54	0,52	0,46	0,46	-2,4
Ιταλία	0,73	0,74	0,76	0,80	0,77	0,63	-3,9
Ολλανδία	0,91	0,91	0,86	0,85	0,82	0,78	-3,0
Πορτογαλλία	0,31	0,33	0,40	0,42	0,51	0,46	8,2
Σουηδία	1,18	1,22	1,27	1,28	1,30	1,23	0,7
Φινλανδία	0,77	0,82	1,07	1,15	1,23	1,01	5,6
<b>Ε.Ε. (μέσος όρος)</b>	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,77</b>	<b>0,72</b>	<b>+3,6 -2,9</b>

Πηγές: (α) Eurostat, *Basic Statistics of the Community*, Brussels, Luxembourg, 1995, 1996. (β) Ίδιοι υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδα.

Ειδικά στα φάρμακα, υπάρχει η πρόταση να προωθηθεί η έρευνα πάνω στους τρόπους ελέγχου του κόστους των φαρμάκων. Άλλωστε το κόστος των φαρμάκων συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των δαπανών για υγεία. Η Ευρώπη αναζητά να επιτύχει τρόπο να ελεγχθούν οι τιμές των φαρμάκων και έτσι να εξοικονομηθούν πόροι.

Στην Ελλάδα γίνεται μια προσπάθεια μείωσης των δαπανών για φάρμακα με την καθιέρωση της «λίστας» των φαρμάκων, τον περιορισμό της συνταγογραφίας των ιατρών και τη μεγαλύτερη συμμετοχή του πολίτη στην αγορά τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

Πωλήσεις φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων στην Ελλάδα, για τα έτη 1987-1995, σε τρέχουσες τιμές και δισεκατομμύρια δραχμές

Έτη	Νοσοκομεία		Φαρμακεία		Συνολική αξία
	Αξία σε νοσοκομειακές τιμές	% σε σχέση με τη συνολική αξία	Αξία σε λιανικές τιμές	% σε σχέση με τη συνολική αξία	
1987	11921	13,9	75220	86,1	87141
1988	15545	14,1	94833	85,9	110378
1989	18739	14,6	109423	85,4	128162
1990	25033	14,7	144895	85,3	169928
1991	33291	15,2	185122	84,8	218413
1992	43146	15,5	235359	84,5	278505
1993	54270	15,0	308233	85,0	362503
1994	64168	15,0	363064	85,0	427232
1995	78594	15,9	415516	84,1	494110
M.E.P.M. (%) (1987-1995)	26,6	1,7	23,8	-1,0	24,2

Πηγή: (α) ΦΑΡΜΕΤΙΚΑ. (β) Ίδιοι υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδα.

**Παρατηρήσεις:**

1. Η κατανάλωση φαρμάκων στα νοσοκομεία, μεταξύ των ετών 1987 και 1995, εμφανίζει αύξηση κατά 2% (15,9-13,9) ως προς το μέγεθος της αναλογίας των δαπανών για την προμήθεια φαρμάκων από τα νοσοκομεία, σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση φαρμάκων στη χώρα. Απεναντίας η αντίστοιχη σχέση δαπάνης φαρμάκων, μέσω των φαρμακείων, εμφανίζει μείωση κατά 2% (84,1-86,1 = -2%). Η διαφορά κατεύθυνσης των εν λόγω ποσοστιαίων σχέσεων, επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι ο M.E.P.M. των δαπανών για προμήθεια φαρμάκων από τα νοσοκομεία, εμφανίζει αύξηση κατά 26,6%, δηλαδή μεγαλύτερη από τις αντίστοιχες αυξήσεις των δαπανών από τα φαρμακεία, καθώς και του συνολικού μεγέθους προμήθειας αυτών.
2. Για το έτος 1995, με έτος βάσης το 1987, ο δείκτης συνολικής αξίας φαρμάκων ήταν 568%, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης καταναλωτή ήταν 295%.  
Επίσης, για το ίδιο έτος 1995, οι δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα ανέρχονταν σε 40% της συνολικής δαπάνης για υγεία, ενώ στην Ευρώπη το ποσοστό αυτό ήταν, κατά μέσο όρο 13%.



Σε τρέχουσες τιμές, η κατά κεφαλή μέση ετήσια δαπάνη για φάρμακα στην Ελλάδα ήταν, για το έτος 1990, 10.700 δρχ., ενώ για το έτος 1995 ήταν 47.100 δρχ. (Πηγή: Τομέας Ιατρικής Οικονομίας της Ε.Σ.Δ.Υ.).

#### 4. Νοσοκομεία

Ένα μεγάλο μέρος των δαπανών για υγεία αφορά στα νοσοκομεία. Με την αναμενόμενη όμως θεσμική παρέμβαση στο Ε.Σ.Υ. προσδοκείται μείωση των δαπανών αυτών. Έτσι, θα γίνουν συγχωνεύσεις των νοσοκομείων και θα δημιουργηθούν συγκροτήματα-μονάδες στο χώρο αυτό. Ακόμη, προωθείται άμεσα ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή στα Νοσοκομεία, ο οποίος θα αναλάβει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας, καθώς και τη διοίκηση των νοσοκομειακών συγκροτημάτων, που θα προκύψουν. Σε κάθε νομό θα υπάρχει ένα διοικητικό συμβούλιο, το οποίο θα συντονίζει όλα τα νοσοκομεία που λειτουργούν στην περιοχή. Εξαίρεση αποτελούν τα νοσοκομεία της νησιώτικης Ελλάδας.

Με τις συγχωνεύσεις τα νοσοκομεία του συγκροτήματος θα αλληλοκαλύπτονται και θα προσφέρουν έτσι καλύτερες υπηρεσίες. Οι προμήθειες θα γίνονται ανά συγκρότημα, ενώ τα κενά του κάθε νοσοκομείου σε προσωπικό και εξοπλισμό θα καλύπτονται από άλλο νοσοκομείο του συγκροτήματος, με αποτέλεσμα να αυξάνει η αποτελεσματικότητα των πόρων.

Η διοίκηση και ο Γενικός Διευθυντής του συγκροτήματος θα αξιολογούν την αναγκαιότητα της επένδυσης και δε θα εγκρίνεται π.χ. σε δαπάνη για μηχάνημα ή μονάδα που ήδη υπάρχει, με αποτέλεσμα να αναμένεται βελτίωση της περίθαλψης και μείωση των σχετικών εξόδων.

Μέχρι να ορισθεί το νέο διοικητικό συμβούλιο, οι δαπάνες θα καλύπτονται από κάθε νοσοκομείο που μετέχει<sup>4</sup>. Βέβαια αναμένονται μεγάλες δυσκολίες στον τομέα των συγχωνεύσεων, που θα προέρχονται, κυρίως, από την αντίδραση των εργαζομένων στα υπό συγχώνευση νοσηλευτικά ιδρύματα. Χρειάζεται οπωσδήποτε μια ριζική αλλαγή νοοτροπίας στους τομείς της διοίκησης και της οικονομικής διαχείρισης τόσο των διοικούντων όσο και των διοικούμενων.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Διοικητικά και οικονομικά μεγέθη των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Ελλάδας (δημόσιου χαρακτήρα), κατά τα έτη 1987-1993

Έτη	Σύνολο δαπανών (λειτουργικές και επενδύσεων) σε δισεκ. δρχ.	Δαπάνες νοσηλείας, σε δισεκ. δρχ. (περιλαμβάνονται στο σύνολο)	Αριθμός γιατρών σε χιλιάδες	Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού σε χιλιάδες
1987	212	81	15,2	27,4
1988	150	105	16,8	29,8
1989	326	126	17,3	33,1
1990	412	147	18,2	34,6
1991	440	187	18,4	35,7
1992	548	255	18,6	37,6
1993	573	300	18,5	37,2
M.E.P.M. (%) (1987-1993)	18,2	24,4	5,2	0,7
Έτη	Αριθμός κλινών σε χιλιάδες	Αριθμός Νοσοκομείων	Εξεληθόντες ασθενείς σε χιλιάδες	Ετήσιο κόστος νοσηλείας ανά νοσηλευθέντα σε χιλ. δρχ.
1987	35,5	141	992,3	81,6
1988	35,7	141	965,4	109,0
1989	35,9	142	1019,1	124,0
1990	36,1	143	1034,4	142,0
1991	36,4	143	1098,1	170,3
1992	35,5	143	1149,3	222,0
1993	37,0	144	1200,0	250,0
M.E.P.M. (%) (1987-1993)	0,7	-	3,2	20,5

Πηγές: (α) Ε.Σ.Υ.Ε, Στατιστική επετηρίδα της Ελλάδος 1988-1996.

(β) Ίδιοι υπολογισμοί, Μ. Σπάρου (Τ.Ε.Ι. Αθήνας).

## Παρατηρήσεις:

1 Ο μέσος αριθμός ημερών παραμονής νοσηλείας, σε ετήσια βάση, κατά το χρονικό διάστημα των ετών 1987-1993 ήταν, αντίστοιχα: 9-9-9-8, 8-8, 6-8, 5-8.

2. Καταρχήν, ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών νοσηλείας, για τα έτη 1987-1993, αυξάνεται (24,4%), ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός του συνόλου των δαπανών των Νοσοκομείων ήταν 18,0%. Παρατηρούμε επίσης, ότι το κατά νοσηλευθέντα κόστος νοσηλείας, για την ίδια περίοδο, είχε ρυθμό αύξησης κατά 20,5%. Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι, στην ίδια πάλι περίοδο, ο αντίστοιχος ρυθμός αύξησης των νοσηλευθέντων ήταν 3,2%.
3. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το κόστος νοσηλείας (και μετά βέβαια την αφαίρεση του αντίστοιχου ρυθμού μεταβολής του Δ.Τ.Κ., που ήταν 15,5%, βλ. πίνακα 3.10) και γενικά το σύνολο των δαπανών των νοσοκομείων, αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό, πράγμα που σημαίνει, ότι πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα διοικητικά και οικονομικά μέτρα για τη μείωση αυτών. Τα μέτρα, αυτά, όπως και εσείς οι ίδιοι μπορείτε να σκεφθείτε, εντοπίζονται στην οργανωτική παρέμβαση, στην εξειδίκευση του προσωπικού, στην κατάλληλη υλική υποδομή, στο κατάλληλο προσωπικό, στην καλή χρήση του υλικού κεφαλαίου κ.λπ.
4. Η σχέση των γιατρών προς το νοσηλευτικό προσωπικό (δηλαδή μαιευτήρες, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό που εργάζονται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία) είναι 1 προς 2 περίπου. Αυτό όμως σημαίνει, ότι σε ένα γιατρό αντιστοιχεί περίπου ένας νοσηλευτής, ενώ στις διεθνείς προδιαγραφές αυτή η σχέση είναι πολλαπλάσια (από 1 προς 2 έως 1 προς 6).
5. Ενώ ο αριθμός των νοσηλευθέντων αυξάνεται με ρυθμό 3,2%, ο αριθμός των κλινών αυξάνεται με ρυθμό μόλις 0,7%. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ανεπάρκεια των κλινών για τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών, με αποτέλεσμα να παρατηρείται το δυσάρεστο φαινόμενο του «ράντζου» στους διαδρόμους των νοσοκομείων.

Η αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου είναι αφενός μεγάλο και θεμελιώδες οργανωτικό και οικονομικό πρόβλημα του Συστήματος Υγείας και αφετέρου συνάρτηση της χρησιμοποίησης υλικού και ανθρώπινου δυναμικού υψηλής τεχνολογίας και τεχνογνωσίας αντίστοιχα, δια της οποίας επιτυγχάνεται μείωση του μέσου όρου νοσηλείας του νοσηλευομένου.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Δαπάνες νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημόσιου χαρακτήρα στην Ελλάδα, κατά κατηγορία αυτών (τρέχουσες ή λειτουργικές και επενδύσεις), στην περίοδο 1989-1997

Σε τρέχουσες τιμές  
δραχμές

Σε δισεκατομμύρια

Έτη	Τρέχουσες ή λειτουργικές			
	Λειτουργικά Έξοδα	Αποδοχές προσωπικού	Λοιπές Δαπάνες	Σύνολο
1989	71	189	37	295
1990	92	238	40	370
1991	99	254	52	405
1992	131	315	60	506
1993	185	295	59	539
M.E.P.M. (%) (1989-1993)	28,0	12,3	12,7	16,7
1994	218	303	62	583
1995	236	361	75	672
1996	253	403	98	754
1997	278	455	132	865
M.E.P.M. (%) (1989-1997)	18,6	11,6	17,2	14,4

Πηγές: (α) Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί Υ.Υ.Π.Κ.Α. 1989-1997. (β) Ίδιοι Υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδα.

## Παρατηρήσεις:

1. Ο μέσος όρος των Δ.Τ.Κ. για τα έτη 1989-1997 ήταν 12,4%.
2. Οι τρέχουσες ή λειτουργικές δαπάνες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, κατά τα έτη 1989-1997, εμφανίζουν M.E.P.M. 14,4 %, δηλαδή αύξηση πραγματική κατά  $14,4 - 12,4 = 2\%$  ετησίως (το 12,4% αντιστοιχεί στο μέσο όρο των Δ.Τ.Κ. της ίδιας περιόδου).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7**

Επενδύσεις (κατά κατηγορία) και γενικό σύνολο τρεχουσών δαπανών και επενδύσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημόσιου χαρακτήρα στην Ελλάδα, κατά τα έτη 1989-1997

Σε τρέχουσες τιμές

Σε δισεκατομμύρια

Έτη	Ε π ε ν δ ύ σ ε ι ς				Γενικό Σύνολο τρεχουσών δαπανών και επενδύσεων
	Αγορές ακινήτων	Ανέγερση και βελτίωση	Εξοπλισμός	Σύνολο επενδύσεων	
1989	0,3	15	16	3,1	326
1990	1,5	18	21	41	411
1991	0,6	17	17	95	440
1992	1,1	20	21	42	548
1993	0,7	17	16	34	573
M.E.P.M. (%) (1989-1993)	27,8	3,6	0,01	2,3	15,1
1994	0,6	18	20	39	622
1995	0,7	19	19	39	711
1996	2,5	19	19	41	795
1997	1,4	19	23	43	908
M.E.P.M. (%) (1989-1997)	21,2	3,0	4,6	4,2	15,1

**Πηγές:** (α) Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί Υ.Υ.Π.Κ.Α. 1989-1997. (β) Ίδιοι υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδας.

**Παρατηρήσεις:**

1. Στον τομέα των επενδύσεων, για το διάστημα 1989-1997, εμφανίζεται μείωση, σε πραγματικές τιμές, κατά  $12,4 - 4,2 = 8,2\%$  ετησίως.
2. Το σύνολο των δαπανών υγείας, σε βάρος των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της Χώρας, εμφανίζει, για το διάστημα 1989-1997, M.E.P.M.  $15,1 - 12,4 = 2,7\%$ , δηλαδή αύξηση σε πραγματικές τιμές.
3. Ο μέσος όρος των Δ.Τ.Κ., για τα έτη 1989 - 1997, ήταν 12,4%.

Τέλος, όσον αφορά τη χρηματοδότηση, οι επικρατέστερες μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι: α) η κατάταξη των ασθενών σε διαγνωστικές κατηγορίες με

σκοπό την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και β) οι κλειστοί ετήσιοι προϋπολογισμοί. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν ήδη προχωρήσει στον υπολογισμό του μέσου κόστους νοσηλείας κατά διαγνωστική κατηγορία, συνδυάζοντας το μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας με τις διάφορες ιατρικές πράξεις. Ιδίως, στην Ελλάδα, έχουν γίνει μεν θετικά βήματα προς τη μεταρρύθμιση αυτή, αλλά θα πρέπει να τεθούν όρια στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Επιβάλλεται, επίσης, η εκ των προτέρων κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και η προκαθορισμένη αποζημίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων<sup>5</sup>. Έτσι, πρέπει η χρηματοδότηση κάθε νοσοκομείου να γίνεται ανάλογα με το μέγεθός του, τον αριθμό των κλινών, τις ειδικές τεχνολογικές μονάδες και το έργο το οποίο καλείται να αποδώσει στη διάρκεια του έτους.

Υποστηρίζεται, επίσης, και η θέση, κατά την οποία τα ασφαλιστικά ταμεία θα πληρώνουν βάσει μιας «προγραμματικής» συμφωνίας ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων τους, οι οποίοι αναμένεται να εισαχθούν σε νοσοκομεία και με κριτήριο το ειδικό κόστος, το οποίο σχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου<sup>6</sup>.

Συνακόλουθα, θα πρέπει να καθορισθεί με ακρίβεια ο τρόπος ελέγχου και καταλογισμού τυχόν ευθυνών σε περιπτώσεις ελλειμμάτων λόγω αδικαιολόγητων υπερβάσεων δαπανών. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται αποτελεσματικά ο έλεγχος του κόστους, η συγκράτηση των δαπανών και η καλύτερη κατανομή των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων στο νοσοκομειακό χώρο<sup>7</sup>. Με την θεσμοθέτηση και υλοποίηση των μέτρων αυτών προσδοκείται βελτίωση της κατάστασης, που αφορά στην προσφορά υπηρεσιών νοσηλευτικών φροντίδων και τη στάθμιση των οικονομικών στοιχείων σε επιθυμητά όρια, σε σχέση με το Α.Εγχ. Προϊόν της χώρας μας<sup>8</sup>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8**

Έσοδα νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημόσιου χαρακτήρα  
στην Ελλάδα, κατά τα έτη 1989-1997

Σε τρέχουσες τιμές

Σε δισεκατομμύρια

Έτη	Υπόλοιπο προηγούμενου έτους	Νοσηλεία	Κρατική επιχορήγηση	Επιχορήγηση Προγραμμάτων Δημόσιων Επενδύσεων	Πρόσοδοι Περιουσίας	Λοιπά έσοδα	Σύνολο εσόδων
1989	11.640	28.601	242.278	12.826	584	30.347	326.278
1990	10.795	31.815	318.663	16.196	527	33.963	411.962
1991	16.435	34.003	333.972	11.593	606	37.711	440.324
1992	13.672	45.854	422.374	16.757	1.723	47.813	548.196
1993	15.931	102.639	395.616	9.623	3.514	45.897	573.222
M.E.P.M. (%) (1989-1993)	i = 8	i = 37,6	i = 13	i = -9,3	i = 19,5	i = 10,9	i = 15,1
1994	18476	172180	366073	11183	3590	50046	62154
1995	24203	204783	386891	12649	5066	77711	711303
1996	25630	245175	419171	15830	5523	83238	794567
1997	24527	263442	499619	16501	5953	97479	907521
M.E.P.M. (%) (1989-1997)	9,8	32	9,5	3,2	33,7	15,7	13,6

**Πηγές:** (α) Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί 1989-1997. (β) Ίδιοι υπολογισμοί, Γ.Δ. Μάρδας.

**Παρατηρήσεις:**

- Εδώ παρατηρούμε ότι, τα έσοδα από τα νοσήλια, αυξήθηκαν, στην πενταετία 1989-1997 με M.E.P.M. 32%, ενώ οι επιχορηγήσεις για προγράμματα δημόσιων επενδύσεων αυξήθηκαν, για την ίδια περίοδο, με M.E.P.M. 3,2%.
- Το 1997, το ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης καλύπτει το 55% των συνολικών εσόδων, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια το 29% των συνολικών εσόδων.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για το έτος 1989 ήταν 74% και 8%. Τα παραπάνω μας δείχνουν ότι η κρατική επιχορήγηση μειώνεται, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια αυξάνονται.

## Σημειώσεις

1. «Πιλοτική εφαρμογή δικτύου υπηρεσιών υγείας», στην εφημερίδα *Τα Νέα*, 14-03-1998, Αθήνα, σελ. 13.
2. *Νέα Υγεία*, τεύχ. 16, Αθήνα, 1997, σελ. 12-13.
3. *Επιθεώρηση Υγείας*, Κοινωνική και Υγειονομική Πολιτική του ΟΟΣΑ, εκδ. Λιαρόπουλος, Αθήνα, 1995, σελ. 31.
4. «Το σχέδιο εξυγίανσης», στην εφημερίδα *Έθνος*, Τετάρτη 11 Μαρτίου 1998, σελ. 14.
5. «Τι ισχύει στις χώρες του ΟΟΣΑ - Αύξηση στα νοσήλια αποφάσισε η Κυβέρνηση», στην εφημερίδα *Καθημερινή*, Κυριακή 23 Νοεμβρίου 1997, σελ. 29.
6. Κυριόπουλος Ι., «Αλλαγές στην περίθαλψη - Χρηματοδότηση σύμφωνα με προσωπικό και κλίνες», Συνέντευξη στην εφημερίδα *Καθημερινή*, στις 19-1-1997.
7. Κυριόπουλος Ι., «Οι μισθοί των γιατρών "φρενάρουν" το Ε.Σ.Υ. - Χρειάζεται καλύτερη οργάνωση», Συνέντευξη στην εφημερίδα *Καθημερινή*, στις 11-6-1997.
8. «Τα Νέα του ΠΙΣ», *Ιατρικό Βήμα*, σελ. 2.

