



Του **ΓΙΑΝΝΗ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ**
 Καθηγητή Οικονομικών Υγείας
 Πανεπιστημίου Αθηνών

4 στα 10 νοσοκομεία έχουν χαμηλή αποδοτικότητα

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ		
Αποδοτικότητα	Δείκτης αποδοτικότητας 1=Αριστεία 0=Ανύπαρκτη	Ποσοστά νοσοκομείων
Πλήρως αποδοτικά	0,96 - 1,00	23,21%
Αρκετά αποδοτικά	0,81 - 0,95	18,75%
Αποδοτικά	0,71 - 0,80	18,75%
Χαμηλή αποδοτικότητα	0,51 - 0,70	30,36%
Εξαιρετικά χαμηλή αποδοτικότητα	0,30 - 0,50	8,93%

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια εκτενή νοσοκομειο-κεντρικότητα και από μια οιονει «Βεμπεριανή» γραφειοκρατία. Σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγείας (δηλαδή το 47%) για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η Πορτογαλία και η Ισπανία με παρόμοια συστήματα υγείας διαθέτουν σχεδόν το ήμισυ (26% και 27%, αντίστοιχα). Το υψηλό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα συνοδεύεται και από ένα «Βεμπεριανό» γραφειοκρατικό σύστημα με χρόνια προβλήματα διοικητικού συγκεντρωτισμού, τυπολατρίας, πελατειοκρατίας, κομματικής κηδεμονίας και έλλειψης ανταγωνισμού και κινήτρων προς το υγειονομικό δυναμικό.

Οι χώρες της Νότιας Ευρώπης υιοθέτησαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 εθνικά συστήματα υγείας, στη βάση της φιλοσοφίας του

βρετανικού ΕΣΥ, για τη διασφάλιση της ίσης πρόσβασης του πληθυσμού σε αποτελεσματικά, αποδοτικά και κοινωνικά δίκαια συστήματα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο συνδυασμός της ισοτιμίας με την αποδοτικότητα, η περιφερειακή αποκέντρωση, η διοικητική αναδιοργάνωση και η στροφή προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτέλεσαν τους κύριους πυλώνες των μεταρρυθμίσεων.

Τη δεκαετία του 1990, ακολουθώντας το βρετανικό πρότυπο, υιοθετήθηκαν οικονομικές πολιτικές που απέβλεπαν στη δημιουργία μιας εσωτερικής ανταγωνιστικής αγοράς (quasi market), μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών προς όφελος των ασθενών. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων, ο διαχωρισμός της προσφοράς από τη ζήτηση και η δημιουργία κινήτρων προς το υγειονομικό δυναμικό συνέβαλαν ουσιαστικά στην αύξηση της παραγωγικότητας

και στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι οικονομικές μελέτες που έγιναν στη δεκαετία του 1990 με τη μέθοδο της περιχέλιουσας ανάλυσης δεδομένων (DEA) ανέδειξαν τη σημαντική συμβολή των DRG's στην αύξηση της παραγωγικότητας των νοσοκομείων στην Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ισπανία.

Δυστυχώς, η χώρα μας δεν ακολούθησε τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις, και έπειτα από τριάντα χρόνια ΕΣΥ παραμένει μια αποκλίνουσα εξαίρεση σε σχέση με τις άλλες χώρες του Νοτίου-Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου, με τις μεγαλύτερες ανισότητες και τη χαμηλότερη ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Η έλλειψη μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η αναχρονιστική χρηματοδότηση των νοσοκομείων, η έλλειψη διαφάνειας και η αδυναμία ύπαρξης αξιοπιστών οικονομικών στοιχείων στα νοσοκομεία διαμόρφωσαν ένα

γigάντιο «Βεμπεριανό», γραφειοκρατικό και αναποτελεσματικό σύστημα υγείας, χωρίς λογοδοσία και αξιολόγηση. Η οικονομική κρίση του 2009 και τα μνημόνια συνεργασίας με την Ευρωπαϊκή Ένωση διαμόρφωσαν ένα νέο περιβάλλον υιοθέτησης κάποιων μεταρρυθμίσεων, όπως η δημιουργία του ΕΣΥ-net, η εφαρμογή των ΚΕΝ-DRG και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, που συνέβαλαν στη διαφάνεια και στην εμποτισμένη τεκμηρίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων στη χώρα μας. Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία του ΕΣΥ-net για την περίοδο 2009-2012 παρατηρούμε στο διάγραμμα 2 μία σημαντική προσπάθεια ελέγχου του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης με αντίστοιχη μείωση των δαπανών κατά 20%. Επιπλέον παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ΥΠΕ ως προς τον έλεγχο του κόστους, με την 4η, 5η και 6η ΥΠΕ να επιτυγχάνουν τους στόχους, ενώ η 2η ΥΠΕ να αποκλίνει.

Αναλύοντας περαιτέρω την έννοια της αποδοτικότητας των νοσοκομείων εφαρμόσαμε τη μέθοδο της Περιβάλλουσας Ανάλυσης των Δεδομένων (DEA) και βρήκαμε ότι μόνο το 23% των ελληνικών νοσοκομείων παρουσιάζει υψηλούς δείκτες αποδοτικότητας (96% έως 100%) (βλ. πίνακα 1). Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό νοσοκομείων, που ανέρχεται στο 40%, παρουσιάζει ανησυχητικούς δείκτες απόδοσης ή ανικανότητας αξιοποίησης των περιορισμένων πόρων στον νοσοκομειακό τομέα. Οι δείκτες αυτοί δεν είναι απόλυτοι, αλλά σχετικοί. Αυτό σημαίνει ότι με τη μέθοδο της DEA μας δίνεται η δυνατότητα ιεράρχησης των ελληνικών νοσοκομείων από τα άριστα έως τα «προβληματικά», όπου κάποιες οικονομικές και διοικητικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της λειτουργίας τους. Η έρευνά μας δημοσιεύθηκε το 2016 στο έγκυρο επιστημονικό περιοδικό «Journal of Hospital Administration».

Από πλευράς πολιτικής υγείας, τα πορίσματα της μελέτης υποστηρίζουν ότι οι διοικητικές των νοσοκομείων και των περιφερειών υγείας θα μπορούσαν να εξοικονομήσουν σημαντικούς πόρους εάν: 1) είχαν μεγαλύτερη συνεργασία μεταξύ των νοσοκομείων και των κλινικών, 2) είχαν αναπτύξει ένα κοινό σύστημα εφαρμογών, 3) είχαν κοινές υποστηρικτικές υπηρεσίες ως προς την



Αγορά

Είδος: Εφημερίδα / Ένθετο
Ημερομηνία: Σάββατο, 04-06-2016
Σελίδα: 19 (2 από 2)
Μέγεθος: 259 cm²
Μέση κυκλοφορία: 15140
Επικοινωνία εντύπου: 211 2008300

: ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Λέξη κλειδί: ΥΓΕΙΑ



καθαριότητα, τη φύλαξη και άλλες υπηρεσίες, 4) είχαν αναπτύξει τα κατάλληλα κίνητρα για να ενθαρρύνουν τις μετακινήσεις του προσωπικού, 5) είχαν υιοθετήσει συγχωνεύσεις ιατρικών τμημάτων και εργαστηρίων με στόχο τη βελτίωση της εκπαίδευσης, του κλινικού έργου και της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι μεταρρυθμίσεις στον νοσοκομειακό τομέα είναι άμεσες και επιτακτικές. Θα πρέπει να υπάρχει μια σαφής και ολική εκτίμηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, συνεκτιμώντας στα DRG-

KEN και το κόστος της μισθοδοσίας του υγειονομικού προσωπικού. Επίσης, ακολουθώντας τα παραδείγματα των αναπτυγμένων χωρών της Ευρώπης, θα πρέπει να μεταβούμε σε ένα σύστημα αποζημίωσης όπου θα λαμβάνεται υπόψη και η απόδοση (Pay for Performance), το κλινικό αποτέλεσμα και η συμβολή των νοσοκομείων στην ποιότητα ζωής των πολιτών. Στη Μεγάλη Βρετανία δημοσιεύονται ετησίως οι πίνακες των νοσοκομείων με βάση τους «δείκτες κέρδους υγείας» (health gains). Η επιστημονική κοινότητα της χώρας μας, με τις μελέτες που ήδη έχουν εκπονηθεί, μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων πολιτικών υγείας που θα επιβραβεύουν την κλινική αριστεία, τη επιστημονική γνώση και την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς όφελος των ασθενών.