

## Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Η σημερινή κατάσταση στο χώρο της υγείας χαρακτηρίζεται συνοπτικά από τρία κυρίως προβλήματα:

- α. Ελλειψη μακροοικονομικής αποδοτικότητας**
- β. Ελλειψη μικροοικονομικής αποδοτικότητας**
- και γ. Χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες και απουσία επαρκούς και ισοδύναμης πρόσβασης σ' αυτές**

### **α. Μακροοικονομικά μεγέθη**

Οι δαπάνες υγείας έχουν τα τελευταία χρόνια αγγίξει τα όρια αντοχής της οικονομίας. Το συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθενται από το 1987 μέχρι και το 1995 κυμαίνεται γύρω στο 8% (Δημόσιες και Ιδιωτικές σε αναλογία περίπου 5% και 3% αντίστοιχα). Τα μεγέθη είναι επιπροσθέτως υποεκτιμημένα γιατί δεν υπολογίζεται η παραοικονομία που σύμφωνα με μετριοπαθείς υπολογισμούς φθάνει το 20% των συνολικών δαπανών.

Οι δημόσιες δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού φθάνουν περίπου το τρέχον έτος στο ποσό του 1 τρις δραχμών.

Η χρηματοδότηση του συστήματος καλύπτεται σε ποσοστό 36% από την κοινωνική ασφάλιση, 24% από τον κρατικό προϋπολογισμό και 40% από Ιδιωτικές πληρωμές.

Από μία πρώτη ανάγνωση των παραπάνω μεγεθών προκύπτει ότι α) Το διατιθέμενο ποσό εθνικών πόρων είναι από τα υψηλότερα του ΟΟΣΑ και χαρακτηρίζει πλούσιες χώρες με αναπτυγμένη οικονομία β) η συμμετοχή της Ιδιωτικής δαπάνης (3% του ΑΕΠ η 40% των δαπανών) είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη (ΜΟ 1% του ΑΕΠ η 5-10% των δαπανών) και αναδεικνύει την έλλειψη επαρκούς υγειονομικής κάλυψης.

Ενας μύθος ο οποίος πρέπει επιτέλους να διαλυθεί είναι η επάρκεια ορισμένων ταμείων (ευγενών) να καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους. Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στις Νοσοκομειακές δαπάνες αποτελούν το 30% ενώ το 70% χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η συμμετοχή των ασφαλιστικών ταμείων στο ημερησιο κόστος νοσηλείας από 41.6% στη δεκαετία του 1970 είναι σήμερα μόνο 26.3%.

Ενα τελευταίο σημείο είναι το μεγάλο χάσμα στις κατά κεφαλή δαπάνες στις διάφορες περιφέρειες της χώρας, ενδεικτικό των ανισοτήτων που είναι αποτέλεσμα απουσίας οποιασδήποτε αποκεντρωμένης δομής και παραγοντισμού των στελεχών της κεντρικής διοίκησης. Έτσι ενδεικτικά η κατά κεφαλή δαπάνη είναι (σε δρχ. το 1992): Αττική 43124, Κεντρική Μακεδονία 39241, Κρήτη 41416, Θεσσαλία 24964, Δυτική Μακεδονία 22593, Β.Αιγαίο 26768, Στ Ελλάδα 18310.

### **β. Μικροοικονομικά μεγέθη**

Οι Νοσοκομειακές υπηρεσίες απορροφούν το 51% των συνολικών δαπανών και το 83%(!) των δημόσιων δαπανών υγείας. Η σύνθεση των δαπανών είναι 55% μισθοί, 26% προμήθειες υλικών και φάρμακα, και 19% λοιπές δαπάνες. 70% περίπου των συνολικών δαπανών είναι ανελαστικές δαπάνες. Το αμοιβόμενο τμήμα του νοσηλείου από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι λιγότερο από το 1/3 του πραγματικού κόστους. Το υπόλοιπο ποσό καλύπτεται από κρατική επιχορήγηση.

Οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί είναι πλασματικοί γιατί δεν ανταποκρίνονται σε ανακαίες λειτουργίες. Υπάρχει παντελής απουσία στοιχειώδους ελέγχου υπευθυνότητας, ποιότητας, και ελέγχου κόστους - ωφέλους.

Η κάλυψη των νοσοκομειακών κλινών φθάνει το 70% καθιστώντας επικίνδυνη σπατάλη πόρων την ανέγερση νέων νοσοκομείων, τα οποία είναι προφανές ότι με την μελλοντική λειτουργία τους θα εκτινάξουν τις δαπάνες στα ύψη χωρίς αυτές να αντιστοιχούν σε απαραίτητες για τον πολίτη υπηρεσίες.

Στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης η κατάσταση είναι χαώδης. Υπάρχουν σήμερα 39 ταμεία με κλάδο ασθένειας παρέχοντας μία ποικιλία υπηρεσιών. Κύριο χαρακτηριστικό η υπερβάλλουσα πλασματική ζήτηση και κατανάλωση. Οι όποιες παρεμβάσεις συγκράτησης του κόστους (κυρίως φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων) από τα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ) είναι ερασιτεχνικές χωρίς να σχετίζονται με την ποιότητα και τις ανάγκες των πολιτών.

### **γ. Ικανοποίηση του πολίτη**

Παρά τα υψηλά ποσά δαπανών η ικανοποίηση του πολίτη από τις υπηρεσίες είναι πολύ χαμηλή. Είναι ενδεικτική η έρευνα που αφορούσε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, 1993) που κατέταξε την χώρα μας στην τελευταία θέση, μια και οι πολίτες της είναι οι λιγότερο ικανοποιημένοι.

Στην ουσία δεν υφίσταται κανένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας και τις αποδοτικότητας.

## **ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

Οι κύριες επιδιώξεις ενός μεταρρυθμιστικού σχεδίου πρέπει να είναι, σύμφωνα και με τις προτάσεις των εμπειρογνομόνων οι ακόλουθες:

1. Η δημιουργία ενιαίας πολιτικής με διατομεακό συντονισμό
2. Η αλλαγή στο σύστημα χρηματοδότησης ώστε οι δαπάνες να ακολουθούν τις πραγματικές ανάγκες των αρρώστων
3. Η δημιουργία κινήτρων αποδοτικότητας με στόχο την συγκράτηση των δαπανών στα σημερινά επίπεδα, με αλλαγές στο σύστημα αμοιβής των προμηθευτών, επιβολή ανωτάτων ορίων στους προϋπολογισμούς και τον περιορισμό της σπατάλης.
4. Η αποκέντρωση του συστήματος και η αλλαγή του τρόπου διοίκησης
5. Η διασφάλιση ισών δικαιωμάτων πρόσβασης στις υπηρεσίες από οικονομική και γεωγραφική άποψη
6. Η δημιουργία συστήματος ποιοτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών αλλά και των εργαζομένων, κυρίως του Ιατρικού προσωπικού ως του κυρίου παράγοντα διαμόρφωσης του κόστους αλλά και του αποτελέσματος

Ως εκ τούτου η μεταρρυθμιστική προσπάθεια πρέπει να βασίζεται στο θεσμικό πλαίσιο που δημιούργησε ο νόμος 1397/83 του Παρ. Αυγερινού και να προχωρεί σε ένα επιχειρησιακό σχέδιο με τις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις που να διευκολύνουν μια τέτοια προσπάθεια υλοποίησης πολιτικών μακρο- και μικροοικονομικών παρεμβάσεων.

Βασικό στοιχείο της μεταρρύθμισης πρέπει να είναι ο πλήρης διαχωρισμός της χρηματοδότησης από την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών. Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι οι μονάδες περίθαλψης αμοίβονται για εκείνες τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο πολίτης και που εξασφαλίζουν την υψηλότερη δυνατή ποιότητα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Με τον τρόπο αυτό θα εξοικονομηθούν πόροι για μια σημαντική αυτοχρηματοδότηση του συστήματος.

Προς τον σκοπό αυτό απαραίτητος όρος είναι η δημιουργία ενιαίου κέντρου χρηματοδότησης με αποκεντρωμένη δομή (**Ενιαίος Φορέας Υγείας**) που θα είναι υπεύθυνο για την κατανομή των διαθέσιμων πόρων ανάλογα με τις ανάγκες των ασφαλισμένων και σύμφωνα πάντα με την απαιτούμενη ποιότητα. Στην ουσία πρόκειται για τον διαμεσολαβητή μεταξύ του πολίτη και των υπηρεσιών.

Οι οποιοσδήποτε ενστάσεις αποτελούν ψευδοδιλήμματα που προκύπτουν είτε από άγνοια (ανεπαρκής επικοινωνιακή πολιτική) είτε από απειλούμενα συμφέροντα συνδικαλιστικών και άλλων φορέων. Όπως φαίνεται και από τα οικονομικά μεγέθη που αναφέρθηκαν η επιβίωση των ασφαλιστικών ταμείων είναι αδύνατη έξω από τον ενιαίο φορέα.

Οποιοδήποτε σύστημα παραγωγής δεν μπορεί να επιβιώσει με χρεωκοπημένες επιχειρηματικές μονάδες. Έτσι και το σύστημα περίθαλψης δεν μπορεί να επιβιώσει όταν τα νοσοκομεία που δαπανούν το 83% των συνολικών δημόσιων δαπανών λειτουργούν με απαρχαιωμένο διοικητικό σύστημα χωρίς στοιχειώδεις κανόνες αποτελεσματικής οικονομικο-διοικητικής διαχείρισης. τεράστια ποσά δαπανώνται χωρίς έλεγχο, οι ανελαστικές δαπάνες εγγίζουν το 70%, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (σε επιχειρήσεις εντάσεως εργασίας) είναι ανύπαρκτη. Πρέπει να σημειωθεί ότι το σωρευτικό έλλειμμα ξεπερνά τα 100 δις.

Καθίσταται ως εκ τούτου απαραίτητη η αυτονόμηση των μοναδων υγείας, διοικητικά και διαχειριστικά. **Χωρίς να αλλάζει το ιδιοκτησιακό καθεστώς** είναι απαραίτητο να μετατραπούν σε ιδρύματα με ευέλικτο νομικό καθεστώς ( ΝΠΙΔ η τύπου ΑΕ ) με σύγχρονο management και μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και ανάλογων υπευθυνοτήτων σε αντιστοιχους επαγγελματίες. Είναι αυτονόητο ότι ένα τέτοιο επιχειρησιακό σχέδιο απαιτεί αλλαγές στην εσωτερική διάρθρωση των ίδιων των μονάδων.

Οι εργασιακές σχέσεις για τους νεοπροσλαμβανόμενους πρέπει να προσαρμοσθούν στις νέες συνθήκες με συνεχή έλεγχο της προσφερόμενης εργασίας και διαμόρφωσης συστήματος αμοιβών που να συνδέεται με το παραγόμενο έργο.

Ειδικότερα για το ιατρικό προσωπικό, λόγω της υψηλής εξειδίκευσης του, τα κριτήρια προσληψης, εξέλιξης και αμοιβών πρέπει να συνδέονται με την απαιτούμενη επιστημονική επάρκεια, αποσυνδεδεμένα πλήρως από δημοσιουπαλληλική νοοτροπία και πελατειακές σχέσεις.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι χρειάζεται παρέμβαση στην αγορά εργασίας των γιατρών και αναβάθμιση της πανεπιστημιακής και επαγγελματικής κατάρτισης.

Η αποκεντρωμένη διοίκηση θα συμβάλλει δραματικά στην αποτελεσματική κατανομή και διαχείριση των πόρων στην περιφέρεια εξασφαλίζοντας ισότητα στην πρόσβαση και συνεχή ποιοτικό έλεγχο.

Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι κρίσιμο στοιχείο στην ανάπτυξη του συστήματος. Ο ρόλος της είναι αποδεδειγμένος τόσο σε σχέση με την εξασφάλιση στην πρόσβαση και την ποιότητα όσο και με την εξοικονόμηση πόρων από άχρηστες υπηρεσίες.

Η υλοποίηση του κρίσιμου αυτού στόχου απαιτεί οριακές νομοθετικές ρυθμίσεις αλλά ένα σχέδιο πολιτικής (policy) που να καθορίζει τα στάδια εφαρμογής και εκπαίδευσης του προσωπικού. Σημαντικό μέτρο είναι και η ένταξη των ιατρικών υπηρεσιών των ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΕΣΥ.