



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



Η Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας: η Περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Σκρουμπέλος Αναστάσιος

Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Περίγραμμα

- Εισαγωγή
- Θεμελίωση
- Προσδοκώμενα αποτελέσματα
- Αποτελέσματα διεθνούς εμπειρίας
- Περιορισμοί και όρια
- Μερικά (προσωρινά) συμπεράσματα

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια οι υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα ο θεσμός του νοσοκομείου στην κλασική του μορφή δέχεται πιέσεις εξαιτίας⁽¹⁾ των εξελίξεων στην **κλινική πρακτική** και την **βιοϊατρική τεχνολογία**, στην **αλλαγή του νοσολογικού προτύπου** και τη **δημογραφική γήρανση**, αλλά και την **έκφραση των προτιμήσεων** των καταναλωτών.

Οι πιέσεις αυτές προκαλούν οργανωτικές και λειτουργικές εντάσεις και ωθούν σε **διαρθρωτικές αλλαγές**, οι οποίες διευκολύνουν την **επίτευξη οικονομικών στόχων** δια του **ελέγχου του κόστους** και της βελτίωσης της **αποδοτικότητας**.

(1). Edwards N, Wyatt S, McKee M (2004) Configuring the hospital in the 21st century. WHO, European Observatory on Health systems and Policies



Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων βασίζεται στην προσπάθεια **ανταπόκρισης στις ανάγκες** και τη **ζήτηση υπηρεσιών υγείας με ενίσχυση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων.**

Οι τάσεις οι οποίες καταγράφονται σε διεθνή κλίμακα βασίζονται σε τρεις (3) βασικούς άξονες,

- **συγχώνευση** νοσοκομείων και **μείωση** νοσοκομειακών κλινών
- **ανάπτυξη εναλλακτικών δομών** παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- **ενίσχυση** και **αναβάθμιση** της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Θεμελίωση

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται στη χώρα μας από την **ελεύθερη επιλογή** και κατά συνέπεια ο όγκος και η αξία των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τις **αποφάσεις των χρηστών**.

Θεμελίωση

Πρόκειται λοιπόν για τυπικό δείγμα **αποκεντρωμένης λήψης αποφάσεων** και ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων σε **επιχειρησιακή βάση**, δηλαδή με εκτεταμένη **αυτονομία** και **ευθύνη** (self governing).

Κατά συνέπεια η συγκρότηση **σφαιρικών προϋπολογισμών** (global budgeting) είναι αναγκαία, ώστε να αποφευχθεί ο **ηθικός κίνδυνος** σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης υγείας.

Θεμελίωση (σφαιρικός προϋπολογισμός)

$$RHB_i = [(P_i \cdot a_i \cdot f_i \cdot bd_i \cdot SMR_{ic} / P_n) + (Mtr_i) + (Mnt_i)] \cdot NHB$$

Όπου

RHB ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός για νοσοκομειακή περίθαλψη

P πληθυσμός

a πληθυσμός άνω των 65 ετών

f πληθυσμός γυναικών

bd ημέρες νοσηλείας

SMR προτυποποιημένο ηλικίο θνησιμότητας

Mtr δείκτης μητρότητας

Mnt δείκτης ψυχικών διαταραχών

NHB ετήσιος προϋπολογισμός νοσοκομειακής περίθαλψης

i περιοχή

c πάθηση

n χώρα



Θεμελίωση (σφαιρικός προϋπολογισμός, DRGs)

$$RHB_i = \sum DRG_{ic} / \sum DRG_{nc}$$

Όπου

RHB ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός για νοσοκομειακή περίθαλψη

DRG ομοιογενής διαγνωστική ομάδα

i περιοχή

c πάθηση

n χώρα

Θεμελίωση

Η διοίκηση και η διαχείριση των νοσοκομείων ως επιχειρησιακών μονάδων **υψηλού καταμερισμού της εργασίας** και **έντασης τεχνολογίας** με μεγάλους προϋπολογισμούς είναι **αναγκαίο να ανατεθεί σε ειδικούς** (με κατάλληλες σπουδές και εμπειρία) και να υποστηριχθεί από δομές **συναινετικού management**.

Συνακόλουθα η αλλαγή των **οργανισμών** και **κανονισμών λειτουργίας** των νοσοκομείων καθίσταται **επιτακτική**, ώστε να ενσωματωθούν οι οργανωτικές, διοικητικές και τεχνολογικές προκλήσεις.

Θεμελίωση

Είναι χρήσιμη η επανεξέταση του ζητήματος **εποπτείας και ελέγχου ανά επίπεδο διοίκησης**, ώστε τα νοσοκομεία εθνικής διαπεριφερειακής εμβέλειας να υπάγονται στην **κεντρική διοίκηση**, τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία στην **περιφερειακή διοίκηση** και η πρωτοβάθμια φροντίδα στην **τοπική αυτοδιοίκηση**.

Θεμελίωση

Η ιδιότυπη “φεουδαλική” κατάσταση στο εσωτερικό των νοσοκομείων είναι αναγκαίο να αρθεί με **ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση** με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της **ιατρικής ιεραρχίας**.

Η αποζημίωση με βάση τις **ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες** (DRGs), οι οποίες **καταχωρούνται ανά νοσοκομείο** και προσαρμόζονται με τις **μετακινήσεις των ασθενών** είναι επιβεβλημένη και μπορεί να συμβάλει στην **αποδοτική και δίκαιη κατανομή** των πόρων.



Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Οι διαρθρωτικές αλλαγές, οι οποίες επιχειρούνται διεθνώς και στη χώρα μας αποσκοπούν,

- **στη συγκράτηση της δαπάνης και τη μείωση του κόστους παραγωγής** και ως εκ τούτου στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κατανομής των σπάνιων υγειονομικών πόρων.
- **στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας** των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των χρηστών.
- **στην επίτευξη οικονομικών κλίμακας και φάσματος**, ώστε να αρθούν τα φαινόμενα αντικοινομιών και φθινουσών αποδόσεων.



Εναλλακτικές δομές νοσοκομειακής περίθαλψης

Στην διεθνή πρακτική για την ενίσχυση της αποδοτικής χρήσης των πόρων και τη βελτίωση της φροντίδας έχουν επιχειρηθεί αλλαγές, οι οποίες περιλαμβάνουν παρεμβάσεις, όπως οι ακόλουθες (με κατάλληλες προσαρμογές)

- **Σύμπλεγμα Νοσοκομείων** (hospital trust) με ενιαία νομική και διοικητική προσωπικότητα
- **Δίκτυο Νοσοκομείων** (hospital network) με προγραμματική συμφωνία μεταξύ νοσοκομείων και ενδεχομένως κοινό management

Εναλλακτικές δομές νοσοκομειακής περίθαλψης

(συνέχεια)

- **Ανοικτό νοσοκομείο** (open hospital)
- **Κλινικές και χειρουργεία ημέρας** (day clinic and day surgery)
- **Ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου** (hospices) και **κατ' οίκον φροντίδα** (home care)
- **Κλινικό κέντρο αναφοράς** για χρόνιες παθήσεις (υπέρταση, διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νοσήματα αγγείων του εγκεφάλου).
- **Συγχωνεύσεις δομών** και σταδιακή **μείωση/υποκατάσταση** κλινών.
- **Ολοκληρωμένα δίκτυα** πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας όσο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας **της μείωσης των κλινών** δεν μεταβάλλονται. Επίσης, το ποσοστό των **επανεισαγωγών** και των **επισκέψεων στους ιατρούς παραμένουν σταθερά**. Τέλος, αμετάβλητο παρέμεινε και **το επίπεδο υγείας** του πληθυσμού αναφοράς της συγκεκριμένης περιοχής ⁽¹⁾.

(1). Roos NP, Shapiro E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*, 1995, 33(12 Suppl.):DS109–DS126.



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου του York, **η συγκέντρωση των υπηρεσιών** επηρεάζει **αρνητικά την πρόσβαση των ασθενών** σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει απειλή για την ανθρώπινη ζωή, όπως για **εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου** και **πρωτοβάθμια φροντίδα**, ενώ δεν καταγράφεται καμία επίδραση στις περιπτώσεις αντικαρκινικής θεραπείας για παράδειγμα⁽¹⁾.

(1). Nuffield Institute for Health, University of Leeds and NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1996) Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 2(8)

Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα καταγράφονται στις περιπτώσεις όπου **μικρές νοσοκομειακές μονάδες**, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, καταργούνται και **μετατρέπονται σε μεγάλα κέντρα υγείας** ικανά να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού και να διαχειριστούν το μικρό κίνδυνο. Τα αποτελέσματα πολλαπλασιάζονται όταν η **διασύνδεση αυτών των μονάδων** με δομές υψηλότερης βαθμίδας είναι στενή και άμεση⁽¹⁾.

(1). McKee M (2004) Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? WHO, European Observatory on Health systems and Policies.



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών έχει επικρατήσει ως ένας **δείκτης της αποδοτικής λειτουργίας** του νοσοκομείου και η εύρεση του ιδανικού μεγέθους του νοσοκομείου αποτελεί ζητούμενο των μελετών διαχρονικά.

Σύμφωνα με μελέτη του Πανεπιστημίου του York η εμφάνιση των οικονομικών κλίμακας είναι συνήθης στην περίπτωση των νοσοκομείων **100-200 κλινών**, ενώ τα νοσοκομεία με περισσότερες κλίνες (**300-600 κλίνες**) παρουσιάζουν **αντιοικονομίες κλίμακας**⁽¹⁾

Επίσης, σύμφωνα με τους Kristensen et al, το **ιδανικό μέγεθος** ενός νοσοκομείου στη Δανία κυμαίνεται μεταξύ 204,9 έως 275,2 κλινών⁽²⁾.

(1). NHS Centre for reviews and dissemination. (1996). Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs. CRD Report 8 (Part II).

(2). Kristensen T, Olsen K, Kilsmark J, Pedersen K. (2008) Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals. University of Southern Denmark.



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας (Ενδεικτική προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα)

Χώρα	ΜΔΝ	Ποσοστό κάλυψης κλινών	Ρυθμός εισροής	Χαρακτηριστικά νοσηλείας	Εύρος κλινών
Δανία	3,5	84,0%	54,0	Έντασης τεχνολογίας	204,9 – 275,2
Ελλάδα*	5,6	75,1%	42,3	Έντασης εργασίας	369,8-435,4

*Σταθμισμένες εκτιμήσεις ΕΣΔΥ 2011

Πηγή: Kristensen T, Olsen K, Kilsmark J, Pedersen K. (2008) Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals. University of Southern Denmark.



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Στη Νορβηγία, οι περισσότερες συγχωνεύσεις δεν είχαν σημαντικές επιδράσεις στην **τεχνική αποδοτικότητα** και το **κόστος**.

Εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις **συγχώνευσης πολλών μικρών νοσοκομείων** στο βαθμό κατά τον οποίο οι διοικητικές υπηρεσίες και τα επείγοντα οργανώνονται σε κεντρικό επίπεδο⁽¹⁾.

(1). Kittelsen S, Magnussen J (2002) Economies of Scope in Norwegian hospital production – A DEA analysis. Frisch Centre and Health Economics Programme at the University of Oslo



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Πρόσφατη μελέτη (2010) διερεύνησε τα πιθανά οφέλη από τη συγχώνευση νοσοκομείων στη Δανία. Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι σε αρκετές περιπτώσεις **οι συγχωνεύσεις δεν οδηγούν σε μείωση κόστους** καθώς οι νέοι οργανισμοί γίνονται μεγάλοι και τελικά εμφανίζουν **αντιοικονομίες κλίμακας**. Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις στο κόστος, οι οποίες φαίνεται ότι προέρχονταν από την **εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών**, τη βελτίωση της **τεχνικής αποδοτικότητας** και την εκμετάλλευση των **οικονομιών φάσματος**⁽¹⁾.

Η μείωση του κόστους ως συνέπεια της πολιτικής μείωσης των κλινών **δεν είναι η αναμενόμενη** κυρίως εξαιτίας της ανάπτυξης εναλλακτικών δομών παροχής φροντίδας υγείας⁽²⁾.



(1) Kristensen T, Bogetoft P, Pedersen KM. (2010) Potential gains from hospital mergers in Denmark. Health Care Manag Sci 13(4):334-345

(2). McKee M (2004) Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? WHO, European Observatory on Health systems and Policies.

Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Τα οικονομικά οφέλη από τη λειτουργία **χειρουργικών μονάδων μιας ημέρας** είναι πολύ ενθαρρυντικά. Ειδικότερα^{(1),(2),(3)}

- μειώνεται, όπως είναι προφανές, **η μέση διάρκεια νοσηλείας** με αποτέλεσμα να μειώνονται οι λίστες αναμονής
- απελευθερώνονται μονάδες και πόροι για την αντιμετώπιση και **διαχείριση των επειγόντων περιστατικών**
- βελτιώνεται ο **προγραμματισμός και η οργάνωση** των παρεχόμενων υπηρεσιών (χειρουργικών επεμβάσεων) με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά οι πόροι.
- μειώνεται το **απαιτούμενο προσωπικό** και οι **νυχτερινές βάρδιες**
- τέλος, έχει υπολογιστεί ότι **το νοσοκομειακό κόστος μειώνεται** από 25% έως 68% ανάλογα με το είδος της επέμβασης.

(1).Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C, McKee M. (2007) Policy Brief. Day surgery: Make it happen. WHO, European Observatory on Health systems and policies[†]

(2).Ministry of Health and Consumer Affairs (2008) Day surgery unit guide: standards and recommendations. Spain

(3).Department of Health (2002) Day surgery: operational guide

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/530/day%20surgery%20-%20operational%20guide.pdf>



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Σύμφωνα με έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα με σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των χειρουργών ιατρών σχετικά με τα χειρουργεία ημέρας, η πλειονότητα των ιατρών εκδήλωσαν την πρόθεσή τους **να υποστηρίξουν την οργάνωση και τη λειτουργία των χειρουργείων ημέρας**, παρόλο που θεωρούσαν ότι τα οφέλη είναι περισσότερο οικονομικά και λιγότερο κλινικά.

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη γνώμη τους **τα οικονομικά οφέλη δεν περιορίζονται μόνο στο σύστημα υγείας αλλά επεκτείνονται και στον ίδιο τον ασθενή⁽¹⁾**

(1). Αρβανίτη Μ, Τσιτσόπουλος Π, Σαράφης Π, Νιάκας Δ. (2006) Χειρουργείο ημέρας – Προοπτικές Αντιλήψεις και πρόθεση συμπεριφοράς των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(5): 496-500



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Ο **ξενώνας φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου** είναι μια δομή η οποία έχει ως στόχο να παρέχει **παρηγορητική** και **ανακουφιστική φροντίδα** σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Ο **βαθμός ικανοποίησης** των συγγενών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι πολύ υψηλός, όπως έχουν δείξει διάφορες μελέτες⁽¹⁾

Προς αυτή την κατεύθυνση αναπτύσσονται, επίσης, **γηριατρικές κλινικές** και τμήματα, τα οποία απαιτούν κυρίως ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα χωρίς υψηλή και δαπανηρή τεχνολογία.

(1). Connor S, Teno J, Spence C, Smith N (2005) Family Evaluation of Hospice Care: Results from Voluntary Submission of Data Via website. Journal of Pain and Symptoms Management 30(1):9-

Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Η **κατ' οίκον φροντίδα** υγείας αφορά την παροχή υπηρεσιών υποστηρικτικής φροντίδας από **επαγγελματίες υγείας** στην οικία του ασθενή. Σκοπός αυτής της υπηρεσίας είναι να παρέχει επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς κατ' οίκον χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να μένει επί μακρό χρονικό διάστημα σε νοσοκομεία ή μονάδες φροντίδας.

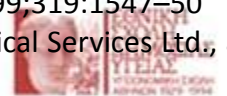
Η κατ' οίκον φροντίδα δύναται να **παρέχει υπηρεσίες υγείας** φθηνότερα σε σύγκριση με την νοσοκομειακή φροντίδα σε μακροχρόνιο ορίζοντα⁽¹⁾.

Ωστόσο, σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι το **έμμεσο κόστος αποτελεί το 50%** (η επιβάρυνση δηλαδή της οικογένειας) ή και περισσότερο του συνολικού κόστους στην περίπτωση των υπηρεσιών κατ' οίκον ^{(2),(3)}

(1). Jeremy Jones, Andrew Wilson, Hilda Parker, Alison Wynn, Carol Jagger, Nicky Spiers, Gillian Parker (1999) Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ* 1999;319:1547–50

(2). Chappell N, Hollander M (2002) National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. Hollander Analytical Services Ltd., and the Centre on Aging at the University of Victoria.

(3). Help the Hospices (2010) Palliative care: Facts and Figures Διαθέσιμο στο <http://www.helpthehospices.org.uk/>



Επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας

Το Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (hospital trust) και το Δίκτυο Νοσοκομείων (hospital network) αποτελούν **δομές συνεργαζόμενων μονάδων υγείας** (νοσοκομείων) τα οποία παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό⁽¹⁾.

Η συγχώνευση των δευτεροβάθμιων μονάδων υγείας και η οργάνωσή τους σε δίκτυο οδηγεί **σε μείωση του κόστους διοίκησης**, η οποία όμως δεν είναι η αναμενόμενη⁽²⁾.

Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι η επίτευξη των οικονομικών στόχων απαιτεί εξαιρετικό **σχεδιασμό** και **οργάνωση** σε **ρεαλιστική βάση** και σε μακροχρόνιο ορίζοντα.



(1). Smith P, Goddard M. The English National Health Service: An economic health check. OECD Economics Department Working papers No. 716

(2). Fulop N, Protopsaltis G, Hutzchings A, et. al (2002) Process and impact of mergers of NHS Trusts: multicentre case study and management cost analysis. BMJ 325:246

Περιορισμοί και όρια

Η αποδοτικότητα μιας μονάδας υγείας καθορίζεται όχι μόνο **από το μέγεθός** της αλλά και άλλους παράγοντες όπως το **είδος των υπηρεσιών** υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, η **βαρύτητα των περιστατικών** που δέχεται και η **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια η απόφαση για τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων ή τη μείωση των κλινών δεν πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως για παράδειγμα το **οικονομικό κόστος μετακίνησης** των ασθενών στις μονάδες υγείας, το **κόστος χρόνου**, καθώς και την ανάγκη **ύπαρξης μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας** σε μια περιοχή με βάση το **φορτίο νοσηρότητας** ή την ανάγκη δημιουργίας μιας **μονάδας επειγόντων περιστατικών**.



Περιορισμοί και όρια

Τα οργανωτικά και διοικητικά εργαλεία τα οποία αποσκοπούν στη συγκράτηση των δαπανών και στον έλεγχο του κόστους, **συνήθως επιβαρύνουν** διοικητικά το σύστημα και δεν επιφέρουν τα αναμενόμενα.

Αντιθέτως, η **εισαγωγή του κλειστού σφαιρικού προϋπολογισμού** (global budget) και η **ανάληψη της επιχειρησιακής ευθύνης** και αυτονομίας του νοσοκομείου προσδιορίζουν με σαφήνεια (έπειτα από πολιτική και διοικητική διαπραγμάτευση μεταξύ ΥΥΚΑ και νοσοκομείων) το μέγεθος της παραγωγικής δραστηριότητας και κατά συνέπεια των πόρων οι οποίοι δεσμεύονται.

Περιορισμοί και όρια

Η επισήμανση αυτή βασίζεται στην αναγνώριση του γεγονότος ότι η **ελεύθερη επιλογή** των χρηστών και η **αποκεντρωμένη λήψη αποφάσεων** για τον όγκο και τις αξίες των ανταλασσόμενων αγαθών και υπηρεσιών μειώνει την επίδραση του πληθυσμού ευθύνης και προκαλεί διαπεριφερειακές ροές οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται με κίνητρα συγκράτησης και αντικίνητρα ανάλογα του βαθμού των ροών.

Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό και σχετικά ευχερές με την καθιέρωση των **Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων** (DRGs) και τη μεταφορά τους από τον τόπο μόνιμης κατοικίας στον τόπο του θεραπευτηρίου.

Περιορισμοί και όρια

Σχετικά με τα νομαρχιακά νοσοκομεία σε πολλά σημεία των υγειονομικών περιφερειών προκύπτουν ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την έννοια του **Ανοικτού Νοσοκομείου** (Open Hospital) ή με την προσαρμογή της δραστηριότητάς τους στις **εποχιακές μεταβολές του πληθυσμού** εξαιτίας του ισχυρού τουριστικού ρεύματος.

Προς τούτο, είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί ότι το Ανοικτό Νοσοκομείο οφείλει να παρέχει πρόσβαση σε γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ οι οποίοι **ασκούν κατά ανάθεση και παραχώρηση δημόσιο έργο**, δεδομένου ότι η δραστηριότητα αυτή καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση και αποσκοπεί στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών.

Αναφορικά με την τουριστική κίνηση και τη διακίνηση του πληθυσμού χρειάζονται **ειδικές ρυθμίσεις ευλύγιστης αγοράς εργασίας** οι οποίες να εναρμονίζονται με τις εποχιακές μεταβολές του πληθυσμού.



Μερικά (προσωρινά) συμπεράσματα

Η ανάλυση δείχνει ότι τα τριτοβάθμια νοσοκομεία -παρά τη σχετική επάρκεια πόρων- εμφανίζουν **δυσχέρειες ανταπόκρισης** στην αυξημένη ζήτηση εξαιτίας των μεγάλων ροών από την περιφέρεια.

Παράλληλα, σε μερικά από αυτά διαπιστώνονται **φθίνουσες αποδόσεις** και **αντιοικονομίες κλίμακας** και **φάσματος**.

Τα νομαρχιακά νοσοκομεία καθώς και αυτά τα οποία χαρακτηρίζονται ως ειδικά **έχουν σχετικά επαρκείς πόρους** αλλά πάσχουν στην τεχνική αποδοτικότητα εξαιτίας της απουσίας κατάλληλου management (χαρακτηριστικό σχεδόν του συνόλου των νοσοκομείων), της έλλειψης κινήτρων και της **μονοπωλιακής θέσης** τους στην περιοχή ευθύνης.

Μερικά (προσωρινά) συμπεράσματα

Η χαμηλή αποδοτικότητα και η μονοπωλιακή συμπεριφορά των νομαρχιακών νοσοκομείων μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με την εισαγωγή κινήτρων με βάση **τα πραγματοποιούμενα DRGs**, μετά την εφαρμογή τους σε συνδυασμό με την εισαγωγή **κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών**, ώστε τα “χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς”.

Τέλος, δεδομένης της υψηλής ζήτησης στα τριτοβάθμια νοσοκομεία η επίτευξη της επιθυμητής ισορροπίας ωθεί στην κατεύθυνση συγκρότησης **“αντίπαλων”** νοσοκομείων υψηλού κύρους ώστε να επιτευχθεί το **“άριστο μέγεθος”** και η επιστροφή σε **οικονομίες κλίμακας, φάσματος, αύξουσας οριακής αποδοτικότητας** και **μείωσης των μονοπωλιακών τάσεων**



Ευχαριστώ θερμά για την προσοχή σας!

