

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων εφαρμόζονται στην Ευρώπη στο πλαίσιο της συνολικής αναμόρφωσης των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός της κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Τα κίνητρα για τις ενοποιήσεις κλινικών των νοσοκομείων ή ολόκληρων νοσοκομειακών μονάδων είναι η μείωση του κόστους, η επίτευξη οικονομικών κλίμακας και η αύξηση της παραγωγικότητας. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ο σύγχρονος νοσοκομειακός τομέας στην Ευρώπη παρουσιάζει μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και των κλινών. Ωστόσο, στην Ελλάδα τα γενικά νοσοκομεία και οι κλίνες οξείας νοσηλείας αυξήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε χώρες όπως η Αγγλία, η Νορβηγία, η Δανία, η Σουηδία, από το 1992 έως σήμερα, τα αποτελέσματα των συγχωνεύσεων συγκεντρώνουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά σημεία. Στα θετικά συγκαταλέγεται η εξοικονόμηση πόρων, όπου στην περίπτωση της Δανίας οι ενοποιήσεις εξοικονόμησαν πόρους σε ποσοστό 19,5–22,5%, ενώ στη Βρετανία εξοικονομήθηκαν £ 178.700 τον πρώτο χρόνο και £ 346.800 το δεύτερο χρόνο από τη διάλυση 25 trusts και τη δημιουργία 11 νέων συγχωνευμένων trusts. Στην Ελλάδα, η οποία ταλανίζεται από χρόνια προβλήματα στην οργάνωση και τη διοίκηση τόσο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όσο και του συστήματος υγείας συνολικά, γίνεται απόπειρα συνένωσης κλινικών και διοικήσεων, ενώ 8 νοσοκομεία αλλάζουν σκοπό λειτουργίας. Στόχος είναι η εξοικονόμηση € 75 εκατομμυρίων το 2012 και € 150 εκατομμυρίων έως το 2015. Στον αντίποδα, σε πολλά νοσοκομεία, η αποδοτικότητα φαίνεται ότι μειώθηκε (Αγγλία, Νορβηγία) ενώ οι διαμάχες του προσωπικού αυξήθηκαν εξ αιτίας των αλλαγών. Μολονότι δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς οι συνέπειες των συγχωνεύσεων, κυρίως στην Ευρώπη, φαίνεται ότι –έστω βραχυπρόθεσμα– εξοικονομούνται πόροι και βελτιώνεται η διαχείριση (management). Όμως, οι στόχοι για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και των οικονομικών κλίμακας αμφισβητούνται. Καταληκτικά, η νέα τάση της πολιτικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση οδηγεί στη συρρίκνωση των νοσοκομειακών κλινών και στη δημιουργία μονάδων παροχής εξειδικευμένης νοσηλείας προκειμένου να μειωθεί το κόστος και να αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας συνολικά.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία των συγχωνεύσεων νοσοκομείων αρχίζει από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και συνεχίζεται σήμερα σε χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου (Βρετανία, Σκανδιναβικές χώρες, Γαλλία, Ολλανδία, Ρουμανία). Παρά την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους, οι συγχωνεύσεις αποτελούν αντικείμενο δημόσιου διαλόγου και εφαρμόζονται ανά διαστήματα στο πλαίσιο μιας συνολικής αναμόρφωσης

του συστήματος υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι εφαρμόζονται με σκοπό τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την ορολογία των οικονομικών, συγχώνευση* είναι η εκούσια συνένωση δύο ή περισσότερων

* Τονίζεται ότι συγχώνευση δεν σημαίνει αυτόματα το κλείσιμο κάποιου από τα συγχωνευόμενα νοσοκομεία. Αν υποθεθεί, για παράδειγμα,

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(2):233–239
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2012, 29(2):233–239

Κ. Τσαβαλιάς,
Ο. Σίσκου,
Λ. Λιαρόπουλος

Εργαστήριο Οργάνωσης και
Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Hospital mergers in Europe:
The experience of Greece
and future prospects

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Αποδοτικότητα
Μείωση κόστους
Οικονομίες κλίμακας
Συγχωνεύσεις
Συνενώσεις

Υποβλήθηκε 6.9.2011
Εγκρίθηκε 25.9.2011

επιχειρήσεων, ενώ διαχωρίζεται σαφώς από την εξαγορά.¹ Στον κλάδο της υγείας, εν προκειμένω, η ενοποίηση νοσοκομείων έχει τη μορφή της οριζόντιας συγχώνευσης, δεδομένου ότι οι μονάδες υγείας παράγουν το ίδιο προϊόν και ανήκουν στον ίδιο παραγωγικό τομέα (π.χ. συγχώνευση κέντρων υγείας ή γενικών νοσοκομείων).²

Τα κίνητρα για τις συγχωνεύσεις-ενοποιήσεις νοσοκομείων ή τμημάτων τους πηγάζουν από την ανάγκη μείωσης του κόστους, επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας, οικονομίες σκοπού και ενισχυμένη παραγωγικότητα.*³

Επίσης, μέσω της ενοποίησης μειώνεται η πολλαπλή εφαρμογή των ίδιων διαδικασιών (duplication of functions) και βελτιώνεται η ποιότητα καθώς αυξάνεται ο όγκος των δραστηριοτήτων.⁴ Ωστόσο, η έκβαση των συγχωνεύσεων φαίνεται ότι δεν είναι πάντοτε η αναμενόμενη και αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη μελέτης ή πρόβλεψης όλων των παραγόντων που συμμετέχουν στη συνένωση δύο ή περισσότερων οργανισμών.

1.1. Η εξέλιξη των μεγεθών στο νοσοκομειακό τομέα

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι κατά το χρονικό διάστημα 1990–2008 σημειώθηκε μείωση στον αριθμό των νοσοκομείων (τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε αναλογία με τον πληθυσμό) σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, με εξαίρεση την Πολωνία, τη Σλοβακία και τη Φινλανδία. Στην Ελλάδα, σημειώθηκε ανάλογη πτωτική πορεία, κυρίως ως αποτέλεσμα της διακοπής λειτουργίας μικρών ιδιωτικών κλινικών και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η οποία επικεντρώθηκε στον περιορισμό του ρόλου του παραδοσιακού ψυχιατρείου και στην ανάπτυξη εναλλακτικών δομών νοσηλείας μέσα στην κοινότητα.⁵

Ως αποτέλεσμα της μείωσης του αριθμού των νοσοκομείων, της εντατικοποίησης της νοσηλείας, αλλά και κυρίως λόγω της ανάπτυξης εναλλακτικών δομών φροντίδας (π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδες βραχείας νοσηλείας, χειρουργεία ημέρας), μειώθηκε διαχρονικά και η αναλογία των κλινών ως προς τον πληθυσμό σε όλες τις υπό μελέτη χώρες (πίν. 2).

Πίνακας 1. Η εξέλιξη του αριθμού των νοσοκομείων (ειδικών και γενικών) διαχρονικά σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-19 (σε παρένθεση η αναλογία των νοσοκομείων ανά εκατομμύριο πληθυσμού).

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	297 (38,7)	291 (36,6)	270 (33,7)	264 (32,1)	264 (31,9)	270 (32,5)	267 (32,0)
Βέλγιο	373 (37,4)	285 (28,1)	228 (22,2)	216 (20,6)	215 (20,4)	210 (19,8)	209 (19,9)
Γαλλία	N/A	N/A	3.307 (54,6)	3.141 (50,0)	3.116 (49,3)	3.092 (48,6)	3.049 (47,7)
Γερμανία	N/A	3.698 (45,3)	3.635 (44,2)	3.409 (41,3)	3.359 (40,8)	3.326 (40,4)	3.322 (40,5)
Ελλάδα	396 (39,0)	358 (33,7)	337 (30,9)	317 (28,5)	317 (28,4)	313 (28,0)	316 (28,2)
Ιρλανδία	191 (54,5)	189 (52,5)	184 (48,6)	179 (43,3)	178 (42,1)	176 (40,6)	176 (41,4)
Ισπανία	820 (21,1)	782 (19,9)	788 (19,6)	751 (17,3)	746 (16,9)	764 (17,0)	767 (17,3)
Ιταλία	1.757 (31,0)	1.597 (28,1)	1.321 (23,2)	1.295 (22,1)	1.283 (21,8)	1.271 (21,4)	1.243 (21,1)
Ολλανδία	249 (16,7)	231 (14,9)	208 (13,1)	198 (12,1)	193 (11,8)	190 (11,6)	182 (11,1)
Ουγγαρία	N/A	171 (16,6)	175 (17,1)	182 (18,0)	182 (18,1)	179 (17,8)	176 (17,5)
Πολωνία	722 (19,0)	744 (19,4)	803 (21,0)	874 (22,9)	835 (21,9)	842 (22,1)	825 (21,6)
Πορτογαλία	240 (24,0)	200 (19,9)	219 (21,4)	204 (19,3)	200 (18,9)	198 (18,7)	189 (17,8)
Σλοβακία	115 (21,7)	127 (23,7)	140 (25,9)	142 (26,4)	149 (27,6)	149 (27,6)	138 (25,6)
Σουηδία	122 (14,3)	113 (12,8)	89 (10,0)	N/A	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	N/A	N/A	N/A	262 (25,6)	257 (25,0)	255 (24,7)	254 (24,8)
Φινλανδία	N/A	289 (56,6)	312 (60,3)	314 (59,9)	306 (58,1)	313 (59,2)	309 (58,2)

Πηγή: OECD Health Data, 2010
N/A: Μη διαθέσιμα στοιχεία

ότι τα νοσοκομεία Α και Β συγχωνεύονται, τότε αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι νοσοκομειακές υπηρεσίες συγκεντρώνονται στο νοσοκομείο Β με τέτοιο τρόπο, ώστε το νοσοκομείο Α να διατηρεί έναν περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών

* - *Οικονομίες κλίμακας*: Το μέσο κόστος μειώνεται καθώς αυξάνεται το παραγόμενο προϊόν
- *Οικονομίες σκοπού* (economies of scope): Το κόστος παραγωγής δύο προϊόντων είναι μικρότερο από την παραγωγή των δύο αυτών προϊόντων ξεχωριστά

Πίνακας 2. Η εξέλιξη του αριθμού των κλινών ανά 1.000 κατοίκους (ειδικών και οξείας νοσηλείας) διαχρονικά σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-19.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	9,3	8,5	8,0	7,7	7,6	7,8	7,7
Βέλγιο	7,7	7,4	7,8	7,4	6,7	6,6	6,7
Γαλλία	N/A	N/A	8,0	7,2	7,1	7,0	6,9
Γερμανία	N/A	9,7	9,1	8,5	8,3	8,2	8,2
Δανία	N/A	N/A	4,3	3,9	3,8	3,7	3,6
Ελλάδα	5,1	4,9	4,7	4,7	4,8	4,8	4,8
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,5	3,4
Ιρλανδία	8,0	7,0	6,2	5,5	5,3	5,2	N/A
Ισπανία	4,3	3,9	3,7	3,4	3,3	3,3	3,3
Ιταλία	7,2	6,3	4,7	4,0	3,9	3,8	3,8
Λουξεμβούργο	N/A	N/A	N/A	5,8	5,7	5,7	5,8
Ολλανδία	5,8	5,3	4,9	4,5	4,5	4,3	4,3
Ουγγαρία	N/A	8,8	8,1	7,9	7,9	7,1	7,0
Πολωνία	N/A	N/A	N/A	6,5	6,5	6,4	6,6
Πορτογαλία	4,0	3,9	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4
Σλοβακία	N/A	N/A	7,8	6,8	6,7	6,8	6,6
Τσεχία	9,9	8,5	7,8	7,6	7,4	7,3	7,3
Φινλανδία	N/A	8,1	7,5	7,1	7,0	6,7	6,5

Πηγή: OECD Health Data, 2010

N/A: Μη διαθέσιμα στοιχεία

1.2. Η εξέλιξη των μεγεθών των γενικών νοσοκομείων

Μελετώντας τον πίνακα 3, αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ σε όλες τις χώρες μειώθηκε ο αριθμός των γενικών νοσοκομείων (το διάστημα 1990–2008), στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός παρουσίασε μικρή αύξηση. Η εν λόγω αύξηση θα μπορούσε να αποδοθεί στην ανάπτυξη νέων δημόσιων γενικών νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από κονδύλια της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Το 2008, στην Ελλάδα, η αναλογία των γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τον πληθυσμό, ήταν η πέμπτη μεγαλύτερη μετά τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία και την Πολωνία, διαμορφούμενη σε 16,6 γενικά νοσοκομεία ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

Αντίστοιχα, και η αναλογία των κλινών οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους κατέγραψε μικρή αύξηση στην Ελλάδα, σε αντίθεση με όλες τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ-19 (πίν. 4).

2. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΩΝ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Οι μελέτες οι οποίες αποτιμούν τα οφέλη συγκρίνοντας την οικονομική αποδοτικότητα πριν και μετά από τη συγχώνευση για την Ευρώπη δεν είναι πολλές αριθμητικά.* Ιδιαίτερη έμφαση στις ενοποιήσεις υγειονομικών οργανισμών και νοσοκομείων έχει δοθεί στη Βρετανία, καθώς η

Πίνακας 3. Η εξέλιξη του αριθμού των γενικών νοσοκομείων διαχρονικά σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-19 (σε παρένθεση η αναλογία των νοσοκομείων ανά εκατομμύριο πληθυσμού).

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	143 (18,6)	145 (18,2)	141 (17,6)	136 (16,5)	132 (15,9)	132 (15,9)	131 (15,7)
Βέλγιο	292 (29,3)	179 (17,7)	160 (15,6)	147 (14,0)	146 (13,8)	142 (13,4)	141 (13,4)
Γαλλία	N/A	N/A	2.243 (37,0)	2.070 (33,0)	2.036 (32,2)	2.005 (31,5)	1.969 (30,8)
Γερμανία	N/A	2.081 (25,5)	2.003 (24,4)	1.846 (22,4)	1.809 (22,0)	1.791 (21,8)	1.781 (21,7)
Ελλάδα	N/A	N/A	179 (16,4)	181 (16,3)	184 (16,5)	185 (16,5)	186 (16,6)
Ιρλανδία	61 (17,4)	60 (16,7)	53 (14,0)	54 (13,1)	53 (12,5)	52 (12,0)	52 (12,2)
Ισπανία	620 (16,0)	580 (14,7)	586 (14,6)	544 (12,5)	548 (12,4)	559 (12,5)	557 (12,6)
Ιταλία	N/A	1.318 (23,2)	1.150 (20,2)	1.123 (19,2)	1.120 (19,0)	1.134 (19,1)	1.090 (18,5)
Ολλανδία	142 (9,5)	127 (8,2)	110 (6,9)	105 (6,4)	104 (6,4)	104 (6,4)	103 (6,3)
Ουγγαρία	N/A	146 (14,1)	146 (14,3)	137 (13,6)	136 (13,5)	109 (10,8)	107 (10,7)
Πολωνία	N/A	N/A	N/A	824 (21,6)	785 (20,6)	790 (20,7)	774 (20,3)
Πορτογαλία	154 (15,4)	141 (14,1)	153 (15,0)	144 (13,7)	141 (13,3)	140 (13,2)	139 (13,1)
Σλοβακία	77 (14,5)	94 (17,5)	98 (18,1)	83 (15,4)	79 (14,7)	80 (14,8)	73 (13,5)
Σουηδία	102 (11,9)	98 (11,1)	80 (9,0)	N/A	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	N/A	N/A	N/A	169 (16,5)	164 (16,0)	165 (16,0)	164 (16,0)

Πηγή: OECD Health Data, 2010

N/A: Μη διαθέσιμα στοιχεία

* Η πλειονότητα των ερευνών προέρχεται από τις ΗΠΑ, όπου η πρακτική των συγχωνεύσεων είναι διαδομένη με βάση την ελεύθερη αγορά

που λειτουργεί στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 4. Η αναλογία κλινών οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους διαχρονικά σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης-19.

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	7,1	6,6	6,2	5,8	5,7	5,7	5,6
Βέλγιο	5,2	5,0	4,7	4,4	4,3	4,3	4,3
Γαλλία	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,6	3,5
Γερμανία	N/A	6,9	6,4	5,9	5,7	5,7	5,7
Δανία	N/A	N/A	3,5	3,2	3,2	3,1	3,0
Ελλάδα	N/A	3,8	3,7	3,9	3,9	4,0	4,0
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	3,1	3,0	2,8	2,8	2,7
Ιρλανδία	3,2	3,1	2,8	2,8	2,7	2,7	N/A
Ισπανία	3,3	3,0	2,8	2,6	2,5	2,5	2,6
Ιταλία	6,2	5,6	4,1	3,3	3,2	3,1	3,0
Ολλανδία	4,0	3,5	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9
Ουγγαρία	N/A	6,5	5,8	5,5	5,5	4,1	4,1
Πολωνία	6,3	5,8	5,2	4,7	4,7	4,6	4,4
Πορτογαλία	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,8	2,8
Σλοβακία	N/A	N/A	5,7	5,0	4,9	4,9	4,9
Σουηδία	4,1	3,0	2,4	2,2	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	8,1	6,9	5,7	5,3	5,2	5,2	5,1
Φινλανδία	N/A	3,0	2,4	2,2	2,1	2,0	1,9

Πηγή: OECD Health Data, 2010

N/A: Μη διαθέσιμα στοιχεία

εξοικονόμηση πόρων και η βελτίωση της ποιότητας αποτελούσαν ανέκαθεν προτεραιότητες για το βρετανικό NHS.

Οι χώρες για τις οποίες γίνεται αναφορά στις διεθνείς μελέτες (εκτός των ΗΠΑ) για συγχωνεύσεις ή ενοποιήσεις είναι οι ακόλουθες:

2.1. Μεγάλη Βρετανία

Στη Μ. Βρετανία έλαβαν χώρα 99 συγχωνεύσεις νοσοκομείων (trusts) από το 1997,* 14 από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Λονδίνο. Ανάμεσα στις οριζόντιες συγχωνεύσεις που υλοποιήθηκαν περιλαμβάνονταν μονάδες οξείας νοσηλείας, μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μελέτη των Fullor et al⁶ εκτίμησε τα αποτελέσματα της διάλυσης, το 1998 και 1999, 25 μονάδων και τη δημιουργία 11 νέων συγχωνευμένων για δύο έτη μετά από την ενοποίηση.

* Τα trusts είναι δημόσιοι οργανισμοί που ανήκουν στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας της Μ. Βρετανίας (NHS) και παρέχουν τόσο υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (primary care trust), όσο και υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Το 2006, η κυβέρνηση της Μ. Βρετανίας προχώρησε σε συγχωνεύσεις PCTs, μειώνοντας έτσι τον αριθμό τους από 303 σε 152, ενώ εξοικονόμησε £ 250 εκατομμύρια, σύμφωνα με το BBC news (local health bodies face shake up)

2.1.1. *Αρνητικές συνέπειες.* Η μελέτη** ανέφερε καθυστέρηση τουλάχιστον 18 μηνών, καθώς παρουσιάστηκαν προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών των νέων συγχωνευμένων νοσοκομείων, εξ αιτίας του νέου καθεστώτος management. Ο σχεδιασμός που πραγματοποιήθηκε είχε υποεκτιμήσει το χρονοδιάγραμμα και την προσπάθεια που απαιτείται για τις συγχωνεύσεις.

Μετά από τις συγχωνεύσεις, το προσωπικό θεώρησε ότι οι managers ήταν «απόμακροι» και τους αγνοούσαν, ενώ οι managers αισθάνονταν αποκομμένοι από τις υπηρεσίες τις οποίες διαχειρίζονταν.

Αυξήθηκε ο χρόνος πρόσβασης στα συγχωνευμένα νοσοκομεία, καθώς κάλυπταν πλέον εκτενέστερες περιοχές γεωγραφικά.

Το νέο καθεστώς management προκάλεσε εντάσεις στο προσωπικό και στις τάσεις διαχωρισμού του, ανάλογα με τον οργανισμό στον οποίο εργάζονταν πριν από την ενοποίηση.***

2.1.2. *Οφέλη.* Στα θετικά προσμετρήθηκε η αποδοτική διαχείριση των μικρότερων υπηρεσιών λόγω του αυξημένου αριθμού κλινικών ιατρών.

Παρουσιάστηκαν βελτιωμένα συστήματα management, κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου.

Η δημιουργία μεγαλύτερων οργανισμών μεγέθυνε τη «δεξαμενή» των επαγγελματιών υγείας, παρείχε αμέσως μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανέλιξης του προσωπικού, ενώ ενίσχυσε τα επαγγελματικά δίκτυα.

Οι managers των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποκόμισαν την εντύπωση ότι οι τοπικές κοινωνίες ενίσχυσαν τις τοπικές μονάδες υγείας, καθώς αυτές «μεγάλωναν».

Η εξοικονόμηση από τη μείωση του κόστους διαχείρισης ανήλθε στα £ 178.700 τον πρώτο χρόνο και στα £ 346.800 το δεύτερο χρόνο, μετά από τη συγχώνευση. Παρ' όλα αυτά, δεν ανταποκρίθηκε στον εκτιμώμενο στόχο των £ 500.000 εξοικονόμησης για κάθε έτος.

2.2. Σκανδιναβικές χώρες

Τα σκανδιναβικά συστήματα υγείας είναι δημόσια και βασίζονται στη χρηματοδότηση από τη φορολογία, όπως και το αγγλικό NHS. Στη Νορβηγία, οι Kjekshus και Hagen⁴

** Ερωτήθηκαν 14 managers των trusts που συμμετείχαν στις συγχωνεύσεις με τη μέθοδο των ημιδομημένων συνεντεύξεων

*** Οι εντάσεις που προκαλούνται, οφείλονται εν μέρει και στη διαφορά «πολιτισμού» του εκάστοτε οργανισμού. Οι εργαζόμενοι στο κάθε νοσοκομείο έχουν αναπτύξει δικές τους αξίες, επικοινωνιακά πρότυπα και έχουν διαφορετική αντιμετώπιση στις καινοτομίες και στις αλλαγές

μελέτησαν τις συνέπειες επτά συγχωνεύσεων σε 17 μη ψυχιατρικά νοσοκομεία την περίοδο 1992–2000.

Αναπτύσσοντας ένα μοντέλο «συμπεριφοράς» για την εκτίμηση της επίδρασης των συγχωνεύσεων στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, αποδείχθηκε ότι:

- Όλα τα νοσοκομεία εμφάνισαν αύξηση της αποδοτικότητάς τους σε ποσοστό 3,6–12,9% στο διάστημα πριν από τις συγχωνεύσεις. Αυτό ίσως οφείλεται στην εντεινόμενη συνεργασία πριν από τις επερχόμενες συγχωνεύσεις
- Η επίπτωση των συγχωνεύσεων νοσοκομείων στην τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency*) ήταν σχεδόν μηδενική, ενώ η αποδοτικότητα (cost efficiency) μειώθηκε κατά 2–2,8% μετά από τις συγχωνεύσεις.
- Οι συγχωνεύσεις δημιούργησαν ευκαιρίες για αναδιαπραγμάτευση των μισθών, με θετικά αποτελέσματα
- Σε μία περίπτωση νοσοκομείου που προέκυψε μετά από συγχώνευση, η τεχνική αποδοτικότητα αυξήθηκε κατά 6% και το cost efficiency κατά 4%.

Στη Δανία, από το 2007 ο νοσοκομειακός τομέας αναμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό, με στόχο τη συγκέντρωσή του σε λιγότερες και ταυτόχρονα μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες. Μάλιστα, η κυβέρνηση έχει ήδη επενδύσει περισσότερα από € 5,3 εκατομμύρια στην αναδόμηση του νοσοκομειακού κλάδου. Η Εθνική Επιτροπή Υγείας της Δανίας ανέλαβε την πρωτοβουλία να μειώσει τα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας από 42 σε 20, σε ορίζοντα 10 ετών. Μέσω συνενώσεων, αναμένεται να δημιουργηθούν και κάποια νοσοκομεία που θα προσφέρουν μόνο εξειδικευμένες υπηρεσίες (π.χ. εξειδικευμένα χειρουργεία). Η έρευνα των Kristensen et al,³ που αφορά σε πιθανές συγχωνεύσεις στη Δανία (με βάση αυτές που συνέβησαν σε πέντε περιοχές της Δανίας το 2008),** έδειξε ότι οι ενοποιήσεις αποφέρουν κατά μέσον όρο 19,5–22,5% εξοικονόμηση πόρων. Παρατηρήθηκε δε περίπτωση συγχώνευσης δύο νοσοκομείων στην κεντρική Δανία, με κέρδος 34,4%. Αντίθετα, υπήρχαν και περιπτώσεις συγχωνεύσεων που είχαν ελαφρώς αρνητικές συνέπειες (έως -2,2% απώλειες στην περίπτωση όπου συνενώθηκαν δύο νοσοκομεία μεγάλου μεγέθους). Συμπερασματικά, ο βέλτιστος τρόπος για τη μείωση του κόστους αποδεικνύεται η άνοδος της τεχνικής αποδοτικότητας, ενώ η συνένωση με βάση το μέγεθος δεν αποφέρει μείωση κόστους.

* Με τον όρο «τεχνική αποδοτικότητα» νοείται η επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος με τη χρησιμοποίηση μίας ή περισσοτέρων εισροών στην παραγωγική διαδικασία. Η έννοια της τεχνικής αποδοτικότητας μετράται με τη συνάρτηση παραγωγής, η οποία ορίζει την τεχνική σχέση μεταξύ εισροών και εκροών

** Τα νοσοκομεία στη Δανία που μελετήθηκαν είναι μεγάλης δυναμικότητας σε κλίνες (122–659 κλίνες)

Στη Σουηδία, η περίπτωση ενοποίησης δύο εγκαταστάσεων νοσοκομείων το 1996 σε μία, δημιούργησε το Blekinge Hospital. Μελέτη που διεξήχθη, έδειξε ότι από τους 597 ερωτώμενους υπαλλήλους που συμμετείχαν στην έρευνα (24% του συνόλου του υγειονομικού προσωπικού) μόνο το 10% απάντησε θετικά στο ερώτημα για τη δημιουργία οικονομικών κλίμακας και βελτίωση της ποιότητας εξ αιτίας της συγχώνευσης.⁷

Στη Ρουμανία, η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αναδιοργάνωσης του συστήματος υγείας οδήγησε σε μεγάλες συγχωνεύσεις. Αναμένεται στους επόμενους μήνες του 2011 να διακόψουν τη λειτουργία τους 182 από τα 435 νοσοκομεία, γεγονός το οποίο –σύμφωνα με τις εκτιμήσεις– θα προσθέσει € 4,8 εκατομμύρια στα ταμεία του κράτους, κυρίως από τις περικοπές των θέσεων 560 managers.^{***}

3. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι η πολιτική που εφαρμόστηκε στον τομέα αυτόν τα τελευταία 30 χρόνια. Η προσπάθεια αναδιάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) δεν επιτεύχθηκε ποτέ, παρά τα συνεχή νομοσχέδια για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και τη διοίκηση του συστήματος υγείας συνολικά. Οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη οργανωμένου δικτύου ΠΦΥ, ο κατακερματισμός των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη λειτουργικής διασύνδεσης κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης είναι μόνο λίγες από τις παθογένειες που χρονίζουν και αναζητούν λύση. Είναι πλέον αδήριτη η ανάγκη για μείωση των δαπανών υγείας που δεσμεύουν το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) της χώρας^{****} και κυρίως για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στη βάση ενός σύγχρονου μοντέλου ΕΣΥ που θα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των σύγχρονων ασθενειών (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχική νόσος, διαβήτης).

*** Η Ρουμανία είναι το πτωχότερο μέλος της ΕΕ. Δαπανά το 4,2% του ΑΕΠ της στην υγεία, ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί σχεδόν στο μισό από το μέσο όρο της ΕΕ. Το σύστημα υγείας της Ρουμανίας ήλθε τελευταίο στην κατάταξη των 33 χωρών στο European Healthcare Consumer Index.

Άρθρο διαθέσιμο στο: www.balkaninsight.com/en/article/concerns-over-romania-s-health-system-reorganization (πρόσβαση: 17.8.2011)

**** Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2006 από τη Δρα Όλγα Σίσκου, η παραοικονομία στον τομέα της υγείας υπολογίστηκε περίπου στο 13% της συνολικής δαπάνης υγείας, δηλαδή σχεδόν € 2 δις

Στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης του ΕΣΥ, εκπονήθηκε το 2011 μελέτη από ομάδα εργασίας με συντονιστή τον καθηγητή Λιαρόπουλο,* στην οποία κατατέθηκαν προτάσεις με στόχο την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων σε ολόκληρο το φάσμα της νοσοκομειακής φροντίδας.⁸ Συγκεκριμένα, οι προτάσεις έγιναν:

Κατά αιτία νοσηρότητας: Προτείνονται οργανωτικές βελτιώσεις της φροντίδας με βάση τις πέντε κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχική νόσος, διαβήτης).

Για το σύνολο της χώρας: Οι προτάσεις αφορούν κυρίως στην πρόσβαση του ασθενούς στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και στην οργάνωση της επείγουσας φροντίδας μέσω των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Σημειώνεται η απαραίτητη διασύνδεσή τους με την ΠΦΥ.

Κατά υγειονομική περιφέρεια: Προτείνεται η οργάνωση της φροντίδας σε κύκλους, με ένα κεντρικό νοσοκομείο και περιφερειακές νοσοκομειακές μονάδες συνδεδεμένες με το κεντρικό νοσοκομείο του κύκλου. Σκοπός είναι η παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών υγείας σε πληθυσμιακές ομάδες της τάξης των 500.000 κατοίκων.

Κατά νοσοκομείο: Σύμφωνα με τη μελέτη, τα νοσοκομεία αξιολογούνται με συγκεκριμένα κριτήρια και με βάση αυτά προτείνεται είτε απλή συνδιοίκηση, είτε σε ορισμένες περιπτώσεις αλλαγή σκοπού λειτουργίας είτε και κατάργηση μίας νοσοκομειακής μονάδας. Προτείνεται επίσης η εφημερία ενός ΤΕΠ σε κάθε κεντρικό νοσοκομείο του κύκλου σε 24ωρη βάση κάθε ημέρα. Από τα ΤΕΠ, οι ασθενείς θα διαμοιράζονται στη –διαθέσιμη, διασυνδεδεμένη με το κέντρο– περιφερειακή νοσοκομειακή μονάδα. Σκοπός της συγκεκριμένης πρότασης είναι η αποφόρτιση του μεγάλου όγκου ασθενών που συνωστίζεται σήμερα στα εφημερεύοντα ΤΕΠ.⁸

Τονίζεται ότι η προσπάθεια αναδιάρθρωσης των νοσοκομείων μπορεί να εξασφαλίσει πηγές εξοικονόμησης πόρων, όπως προκύπτει από τη μελέτη.

Συγκεκριμένα:

- Εξοικονόμηση € 13 εκατομμυρίων από τη μετατροπή Κέντρων Υγείας (ΚΥ) – νοσοκομείων στη μη νησιωτική Ελλάδα
- Εξοικονόμηση € 70 εκατομμυρίων ετησίως από τις συνταξιοδοτήσεις ιατρών την περίοδο 2011–2015, με δεδομένη την αρχή της 1 πρόσληψης για κάθε 5 αποχωρήσεις που ισχύει τώρα
- Εξοικονόμηση πόρων μέσω της αναδιάρθρωσης του

συστήματος των εφημεριών. Το σύστημα εφημεριών μπορεί να λειτουργήσει είτε με εφημερίες ιατρών σε επίπεδο τομέα, είτε με τη διακοπή πληρωμής εργασθηριακών ιατρών, είτε, τέλος, με αλλαγή του τρόπου πληρωμής των ιατρών (π.χ. με ενσωμάτωση στο μισθό του «επιδόματος εφημερίας»)

- Εξοικονόμηση ενέργειας 30% στα νοσοκομεία με απλές επεμβάσεις στις υφιστάμενες εγκαταστάσεις και χρήση εναλλακτικών πηγών ενέργειας.

Παράλληλα, σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας, έπειτα από δημόσια διαβούλευση, κατέληξε τον Ιούλιο του 2011 στην πρόταση για την αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, όπου προβλέπεται:

- Κατάργηση περίπου 4.000 κλινών, συνένωση κλινικών
- Δημιουργία 83 νοσοκομειακών συγκροτημάτων
- Διοικητικές συγχωνεύσεις με κατάργηση 50 διοικητικών συμβουλίων και αντίστοιχων θέσεων διοικητών
- Συνένωση 360 κλινικών από τις συνολικά 2.000 που λειτουργούν σήμερα στο ΕΣΥ
- Μετατροπή 8 νοσοκομείων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας.⁹

Το Υπουργείο Υγείας εκτιμά ότι θα υπάρξει εξοικονόμηση της τάξης των € 75 εκατομμυρίων το 2012 και € 150 εκατομμυρίων έως το 2015. Η απόπειρα αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας συμπυκνώνεται στην αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ και στη δημιουργία του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρακτική των συγχωνεύσεων αποτελεί προσφιλή μέθοδο αρκετών ευρωπαϊκών χωρών και είναι αποδοτική στις περισσότερες των περιπτώσεων. Ωστόσο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και συνεκτίμηση όλων των παραγόντων οι οποίοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση των συγχωνεύσεων. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπ' όψη ότι υφίστανται παράμετροι που είναι δύσκολο να υπολογιστούν, όπως είναι οι πιθανές καθυστερήσεις στην απόδοση των νέων συγχωνευμένων υπηρεσιών, οι αντιδράσεις των εργαζομένων που εκδηλώνουν απροθυμία στις αλλαγές και, τέλος, η ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, εξ αιτίας των συγχωνεύσεων είναι πιθανό να αυξηθεί ο χρόνος πρόσβασης στα νοσοκομεία κυρίως για τη λήψη εξειδικευμένης φροντίδας.

Εν κατακλείδι, οι σύγχρονες τάσεις συγκλίνουν στη συνένωση δυνάμεων, στη μείωση του κόστους νοσηλείας (μείωση κλινών, μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας), στην αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, στη

* Το πλήρες ανάπτυγμα της μελέτης παρουσιάζεται στην ιστοσελίδα: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php>

συγκέντρωση και επανατοποθέτηση των υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι γεγονός ότι ο γηρασκόμενος πληθυσμός της Ευρώπης χρήζει αναβαθμισμένης και εξειδικευμένης φροντίδας.

ABSTRACT

Hospital mergers in Europe: The experience of Greece and future prospects

K. TSAVALIAS, O. SISKOU, L. LIAROPOULOS

Center for Health Services Management and Evaluation, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(2):233–239

Hospital mergers in Europe are being implemented in the context of an overall reform of health services. The mergers aim to improve efficiency and effectiveness, upgrade the quality of health services and rationalize the distribution of health services in hospitals. The incentives for the consolidation of clinical wards and hospitals are reduction of costs, economies of scale and increase in productivity. According to the OECD, the modern hospital sector in Europe shows a decrease in the numbers of hospitals and beds. In Greece, however, the numbers of both general hospitals and acute hospital beds have increased during recent years. Based on review of studies conducted in countries such as the UK, Norway, Denmark, and Sweden from 1992 until the present, mergers have gained both positive and negative points. On the one hand, the positive effects include cost saving, as in the case of Denmark where the resources saved were estimated at from 19.5% to 22.5%. In Britain, also, savings from the creation of 11 new merged trusts reached up to £ 178,700 in the first year, and £ 346,800 in the second year. In Greece, which is faced with chronic disorders in the management of the healthcare system, an attempt to merge hospital clinics and administrations is at present in progress. Eight hospitals are about to become primary health care units or one day clinics. The goal of the project is to save € 75 million in 2012 and € 150 million by 2015. Conversely, after hospital mergers the efficiency in many hospitals (e.g., UK, Norway) appears to decrease and conflicts among the personnel have increased due to the changes. Although the consequences of hospital mergers in Europe have not yet been fully evaluated, it is apparent that, even in the short term, cost savings and management improvements are achieved, but the objectives of improved quality of healthcare services and economies of scale remain in question. In conclusion, the new trend in health policy is to decrease the numbers of hospital beds and create units which provide specialized treatment, in order to reduce costs and increase the efficiency of both hospitals and the health sector as a whole.

Key words: Consolidations, Cost reduction, Economies of scale, Efficiency, Mergers

Βιβλιογραφία

1. PALEPU KG, HEALY PM, BERNARD VL, PEEK E. *Business analysis and valuation. IFRS edition – text and cases: Using financial statements*. Thomson Learning, IFRS edition, 2007, chapter 11
2. SHIELD R. *Hospital mergers and psychological contracts: Developing a critical realist research approach*. Manchester Metropolitan University Business School, Working Paper Series (online). Human Resources Research Group, 2002
3. KRISTENSEN T, BOGETOFT P, PEDERSEN KM. Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Manag Sci* 2010, 13:334–345
4. KJEKSHUS L, HAGEN T. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *J Health Serv Res Policy* 2007, 12:230–235
5. MOSSIALOS E, ALLIN S, DAVAKI K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005, 14(Suppl 1):S151–S168
6. FULOP N, PROTOPSALTIS G, HUTCHINGS A, KING A, ALLEN P, NORMAND C ET AL. Process and impact of mergers of NHS trusts: Multicentre case study and management cost analysis. *Br Med J* 2002, 325:246
7. AHGREN B. Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy* 2008, 87:92–99
8. ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ. *Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων*. Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΚΠΑ, Αθήνα, 2011
9. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ. Διαθέσιμο στο: www.yyka.gov.gr (πρόσβαση: 18.7.2011)

Corresponding author:

L. Liaropoulos, Faculty of Nursing, University of Athens, 123 Papadiamantopoulou street, GR-115 27 Athens, Greece
e-mail: lliaropo@nurs.uoa.gr