

Προς ένα υπόδειγμα ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κώστας Αθανασάκης, Αναστάσιος Σκρουμπέλος

Επιστημονικοί Συνεργάτες, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ

Η χώρα μας διαθέτει ένα ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, το οποίο περιλαμβάνει 200 περίπου Κέντρα Υγείας, 350 Πολυϊατρεία του ΙΚΑ, 130 δίκτυα ιατρείων του ΕΣΥ και πλέον των 35.000 ιδιωτικών ιατρείων. Παράλληλα, αξιοσημείωτη είναι και η δαπάνη για την ιατρική περίθαλψη, η οποία εκτιμάται στα 6,4 δισ. € ετησίως (δημόσια 3,25 δισ. €, ιδιωτική 3,15 δισ. € ή 24% της συνολικής δημόσιας και 34% της ιδιωτικής αντιστοίχως). Παρόλα αυτά, η αναδρομική φύση της χρηματοδότησης και η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών, σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των ιατρών δεν παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη συγκράτηση του κόστους.

Ο συνδυασμός των παραπάνω έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη σημαντικών στρεβλώσεων και αντινομιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποτέλεσμα το σύστημα να χαρακτηρίζεται από φαινόμενα όπως δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, αδυναμία ανάσχεσης της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη, χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και έλλειψη στρατηγικών πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Προς διόρθωση των παραπάνω στρεβλώσεων προτείνεται η «στροφή» προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία, και η απομάκρυνση από την τρέχουσα πρακτική περιορίζοντας το κύμα προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τα νοσοκομεία.

Προς ένα νέο υπόδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τις πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του ΕΣΥ τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης συνενώνονται σε ένα ταμείο, τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), το οποίο με τη μορφή μονοψωνίου αναλαμβάνει την αγορά υπηρεσιών υγείας για το 90% των Ελλήνων πολιτών.

Παρόλα αυτά, δεδομένης της φύσης του ΕΟΠΥΥ ως μονοψωνίου, κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων και η εισαγωγή κινήτρων ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η κοινωνική αποδοτικότητα, διότι οι παράμετροι αυτές αποδεικνύεται ότι αποτελούν δευτερεύοντες στόχους για ένα δημόσιο μονοψωνίο το οποίο αποσκοπεί πρωτίστως στη συγκράτηση του κόστους. Επιπλέον, ένα δημόσιο μονοψωνίο αδυνατεί να περιορίσει μονοπωλιακές τάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας, και μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους, του χρόνου και των τιμών – και κατά συνέπεια των παραπληρωμών.

Προς την άρση των πιθανών στρεβλώσεων που ενέχει το νέο υπόδειγμα προτείνεται η δημιουργία ενός σχήματος το οποίο θα χαρακτηρίζεται από: α) την ελεύθερη επιλογή

του πολίτη/καταναλωτή, β) την προαγωγή μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων ηθικού κινδύνου, γ) την εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις μέσω της προγραμματικής στρατηγικής συνεργασίας των Κέντρων Υγείας και των Πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών και μιας εναλλακτικής μεθόδου σύμβασης και αποζημίωσης και δ) την ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της κλινικής πρακτικής, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Στην κατεύθυνση αυτή προτείνεται η δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών προωθώντας έναν μηχανισμό ημι-αγοράς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την παράλληλη εισαγωγή ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού σε επίπεδο νομού δημιουργώντας ένα άνω όριο εξόδων για κάθε κατηγορία δαπανών.

Ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός

Η καθιέρωση ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού εισάγεται προς αντικατάσταση της αποδεδειγμένα δυσλειτουργικής αναδρομικής χρηματοδότησης ως μέσου συγκράτησης της δαπάνης και ελέγχου το κόστους. Παρόλα αυτά, η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου κατανομής των πόρων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο υπολογισμού του ύψους του προϋπολογισμού και των παραμέτρων που λαμβάνονται υπόψη για τη διαμόρφωσή του.

Ως εκ τούτου, καθώς ζητούμενο αποτελεί, τόσο η συγκράτηση του κόστους, όσο και η προαγωγή της ισότητας στα αποτελέσματα και στις εκβάσεις υγείας, επιλέχθηκαν παράμετροι οι οποίες θα βοηθούν στην ισότιμη κατανομή των πόρων σταθμίζοντας τον πληθυσμό της περιοχής βάση ηλικίας, φύλου και επιπρόσθετης ανάγκης.

Κατά συνέπεια, κατασκευάστηκε μια εξίσωση (1) υπολογισμού του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού του νομού η οποία υπολογίζει το ποσοστό του συνολικού προϋπολογισμού για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το οποίο θα αντιστοιχεί σε κάθε νομό, βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του και η οποία είναι της μορφής:

$$(1) \text{ RHE} = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot \text{cm}_i \cdot \text{smr}_i / P_n) \cdot \text{THE}$$

όπου **RHE** ο κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής, **P_i** ο πληθυσμός περιοχής, **f_i** ο πληθυσμός γυναικών περιοχής, **b_i** ο αριθμός γεννήσεων στην περιοχή, **a_i** ο πληθυσμός άνω των 65 ετών της περιοχής, **cm_i** ο πληθυσμός χρονίως πασχόντων της περιοχής, **smr_i** το προτυποποιημένο πηλίκο θνησιμότητας της περιοχής (standardized mortality ratio), **p_n** ο πληθυσμός της χώρας και **THE** ο συνολικός προϋπολογισμός για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών

Προτείνεται η εισαγωγή ομοιόμορφων μεθόδων αποζημίωσης για τις γενικές κατηγορίες ειδικοτήτων οι οποίες να υπόκεινται σε όριο συνολικής δαπάνης αλλά και κινήτρων βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η δημιουργία ημι-αγοράς με την εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών βασισμένη στην ελευθερία επιλογής του καταναλωτή αλλά και στη λογική του «τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή» (money follows the patient), υπό τον περιορισμό

ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για κάθε κατηγορία δαπάνης και την εισαγωγή κινήτρων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και προαγωγής της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, δύναται να λειτουργήσει ως όχημα προς τον έλεγχο του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται προς εφαρμογή η μέθοδος της κατά κεφαλήν αποζημίωσης για τους γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρος με την εισαγωγή οικονομικών κινήτρων επιπρόσθετης αμοιβής για την προαγωγή της πρόληψης και της ικανοποίησης της ανάγκης και της ζήτησης στον τόπο και στον χρόνο όπου αυτή εκφράζεται. Αναλυτικότερα, το ετήσιο εισόδημα ενός γενικού ιατρού ή παθολόγου θα αποδίδεται από την παρακάτω εξίσωση (2):

$$(2) HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i) \cdot c_{prim}] + (h_v \cdot c_{hv})$$

Όπου **HE_{gp}** το ετήσιο εισόδημα οικογενειακών γιατρών/παθολόγων, **n_i** ο αριθμός εγγεγραμμένων, **c_i** η κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο, **n_j** ο πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο, **c_j** η κατά κεφαλήν αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο, **a_i** ο αριθμός των ηλικιωμένων εγγεγραμμένων, **cm_i** ο αριθμός των χρονίως πασχόντων εγγεγραμμένων, **c_{prim}** η πρόσθετη αποζημίωση για κάθε ηλικιωμένο και κάθε χρονίως πάσχοντα εγγεγραμμένο, **h_v** ο αριθμός κατ οίκον επισκέψεων **c_{hv}** η αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης.

Ομοίως, το ετήσιο εισόδημα ενός παιδίατρος αποδίδεται από την εξίσωση (3) με τη διαφορά ότι η επιπρόσθετη αμοιβή του θα εξαρτάται από τη διενέργεια εμβολιασμών.

$$(3) HE_p = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + (h_v \cdot c_{hv})$$

Όπου, **HE_p** το ετήσιο εισόδημα των παιδίατρων, **n_i** ο πληθυσμός των εγγεγραμμένων παιδιών, **c_i** η κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο, **n_j** ο πληθυσμός των εμβολιασθέντων, **c_j** η κατά κεφαλήν αμοιβή για εμβολιασμό, **h_v** ο αριθμός κατ οίκον επισκέψεων, **c_{hv}** η αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης.

Στην περίπτωση των ιατρών άλλων ειδικοτήτων προτείνεται η κατά πράξη και περίπτωση μέθοδος αποζημίωσης υπό τον περιορισμό, ομοίως, ενός επιμέρους σφαιρικού προϋπολογισμού σε επίπεδο νομού για κάθε ειδικότητα. Ο ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός κάθε ειδικότητας θα εξαρτάται από τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στον συνολικό όγκο υπηρεσιών των ιατρών όλων των ειδικοτήτων, όπως αυτό παρουσιάζεται από τις παρακάτω εξισώσεις:

$$HE_{ms} = \sum Q_i \cdot \bar{P}_i = Q_1 \cdot \bar{P}_1 + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{Q_i \cdot P_i + \dots + Q_n \cdot P_n}{Q_t}$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{\sum w_i \cdot P_i}{Q_t}$$

$$W_i = \frac{Q_i}{Q_t}$$

Όπου HE_{ms} η συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων, W_i η συμβολή της εκάστοτε ειδικότητας στον συνολικό όγκο υπηρεσιών, P_i η μέση αμοιβή των υπηρεσιών της κάθε ειδικότητας, Q_i η ποσότητα υπηρεσιών της κάθε ειδικότητας και Q_t η συνολική ποσότητα υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δίδεται κίνητρο στους ιατρούς να αυξήσουν τον όγκο των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν εφόσον κάθε πράξη που διενεργούν τους επιφέρει επιπλέον εισόδημα, υπό τον περιορισμό όμως ενός ορίου συνολικής δαπάνης διασφαλίζοντας έτσι το ενδεχόμενο της προκλητής ζήτησης το οποίο ενέχει την περίπτωση της κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωσης.

Συμπεράσματα

Η εφαρμογή των παραπάνω μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναμένεται να συμβάλει στη συγκράτηση και στον έλεγχο του κόστους, αλλά και στη βελτίωση και διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Η δημιουργία ημι-αγοράς με την εισαγωγή προϋποθέσεων ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και την ταυτόχρονη καθιέρωση ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού, τόσο για το σύνολο των δαπανών για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο και επιμέρους σφαιρικών προϋπολογισμών για τη δαπάνη των οικογενειακών ιατρών, των παιδιάτρων, των ιατρών άλλων ειδικοτήτων, της φαρμακευτικής περίθαλψης αλλά και των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, εκτιμάται ότι θα λειτουργήσει προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της παραγωγικής και της κατανομικής αποδοτικότητας.

Επιπλέον, οι προτεινόμενοι μηχανισμοί αποζημίωσης και η παράλληλη εισαγωγή των κινήτρων που προαναφέρθηκαν εκτιμάται ότι θα οδηγήσει την προσφορά των υπηρεσιών σε περιοχές όπου υπάρχει ανάγκη, καθώς δημιουργούνται οι προϋποθέσεις μετακίνησης των προμηθευτών σε απομακρυσμένες περιοχές «αντιστρέφοντας» τον αντίστροφο νόμο του Julian Hart (inverse care law) σύμφωνα με τον οποίο οι παραγωγικοί συντελεστές της υγείας συγκεντρώνονται και δραστηριοποιούνται σε περιοχές όπου υπάρχει εισόδημα αγνοώντας περιοχές και πληθυσμούς που χρήζουν φροντίδας υγείας.

Συνεπώς, προσεγγίζεται αποτελεσματικότερα ο στόχος της ισότητας στην πρόσβαση και στα αποτελέσματα καθώς και η περαιτέρω μείωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης μέσω της αποφόρτισης περιοχών από την υψηλή συγκέντρωση ιατρών γεγονός που αποδεικνύεται ότι σχετίζεται θετικά με φαινόμενα προκλητής ζήτησης.

Τέλος, αναμένεται η αποφόρτιση του νοσοκομειακού τομέα μέσω του μηχανισμού υποκατάστασης και κινήτρων διαχείρισης των χρονίως πασχόντων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας και διενέργειας προσυμπωματικού ελέγχου οδηγώντας έτσι στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.