



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994

Η κατανομή των πόρων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Βίκυ Ναούμ BScEcon, MSc Health Services Administration
Επιστημονική Συνεργάτης Τομέα Οικονομικών της Υγείας
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η ανάγκη για τεκμηριωμένη κατανομή των πόρων

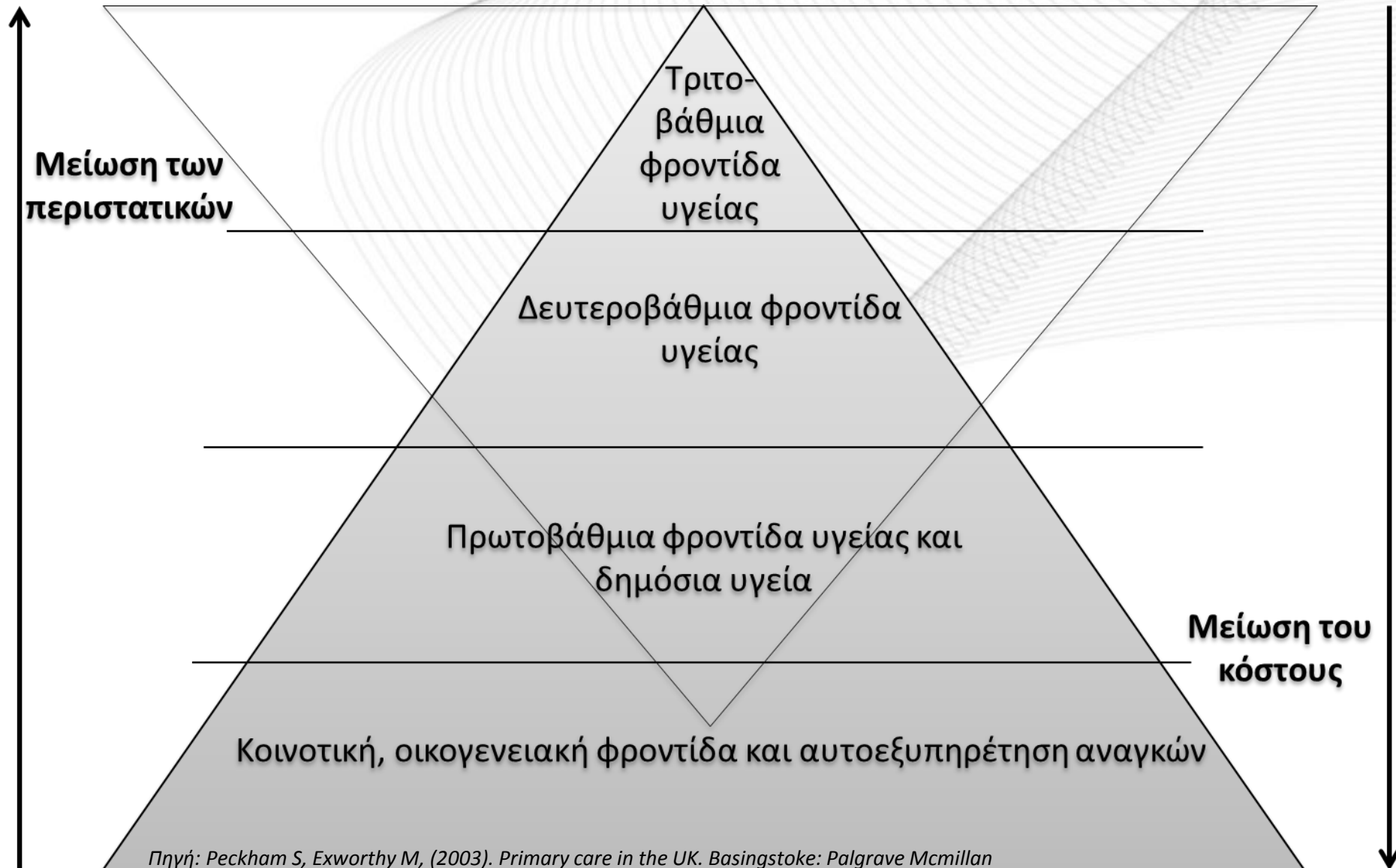
- Μείωση των διαθέσιμων πόρων για την υγεία ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής
- Κίνδυνος αύξησης αναγκών υγείας λόγω κινδύνου αύξησης νοσηρότητας και θνησιμότητας που συνδέεται με την ανεργία και τη μείωση του οικογενειακού εισοδήματος (Van Doorslaer, 1997; Bethune, 1997)
- Κίνδυνος όξυνσης των ανισοτήτων υγείας και εμποδίων πρόσβασης λόγω μείωσης της δαπάνης υγείας, της δυσχερούς κατάστασης των νοικοκυριών και της εισροής προσφύγων

Κατευθύνση για την κατανομή των πόρων στην υγεία

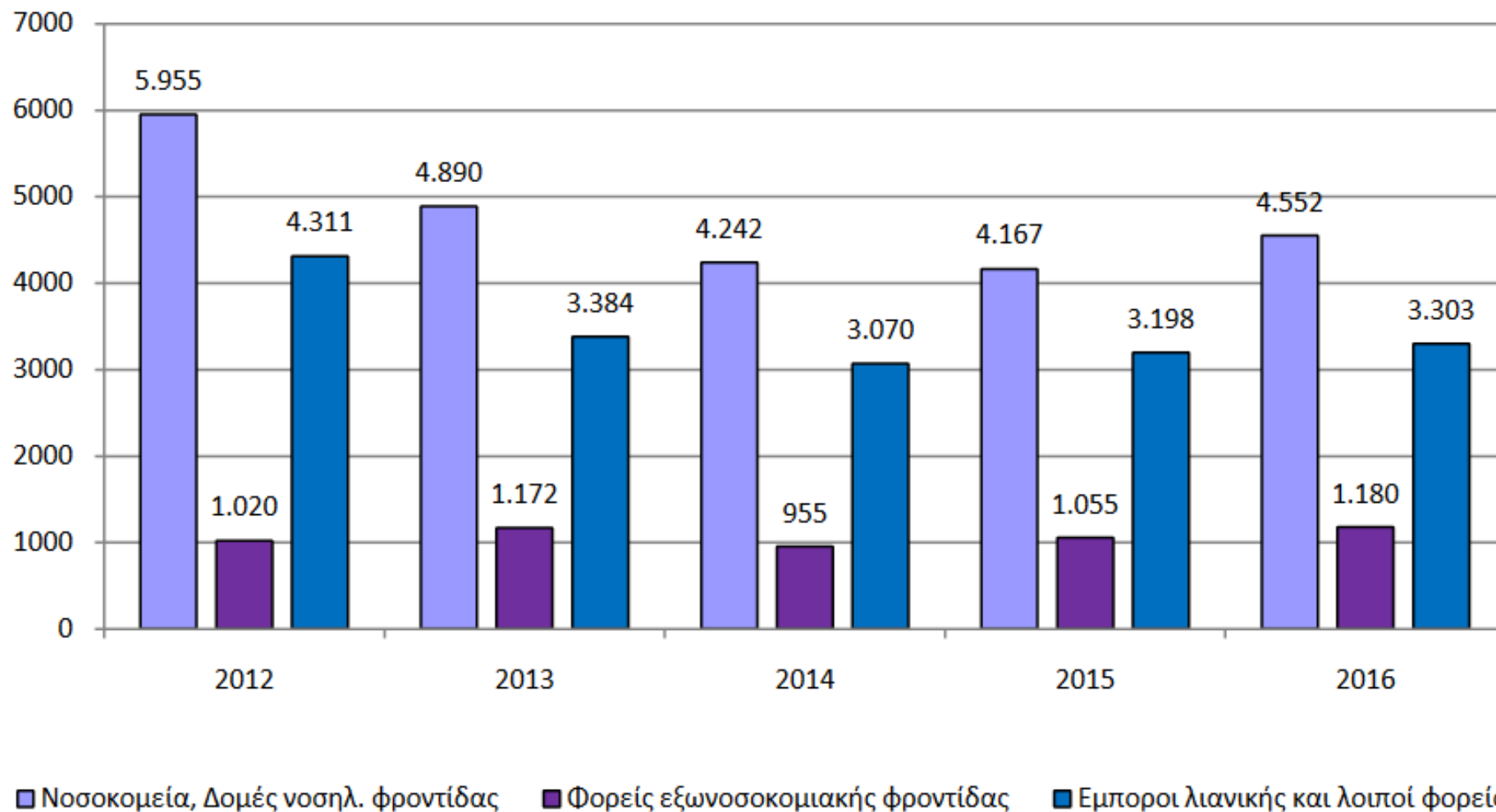
Ολική επαναφορά στη Διακήρυξη της Alma-Ata

- Ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την προαγωγή της υγείας και την ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας.
- Προτεραιοποίηση των πολιτικών άρσης των ανισοτήτων, με προσήλωση στα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και την “υγεία για όλους”.
- Έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου.
- Ενδυνάμωση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων και εφαρμογής της κατάλληλης τεχνολογίας.

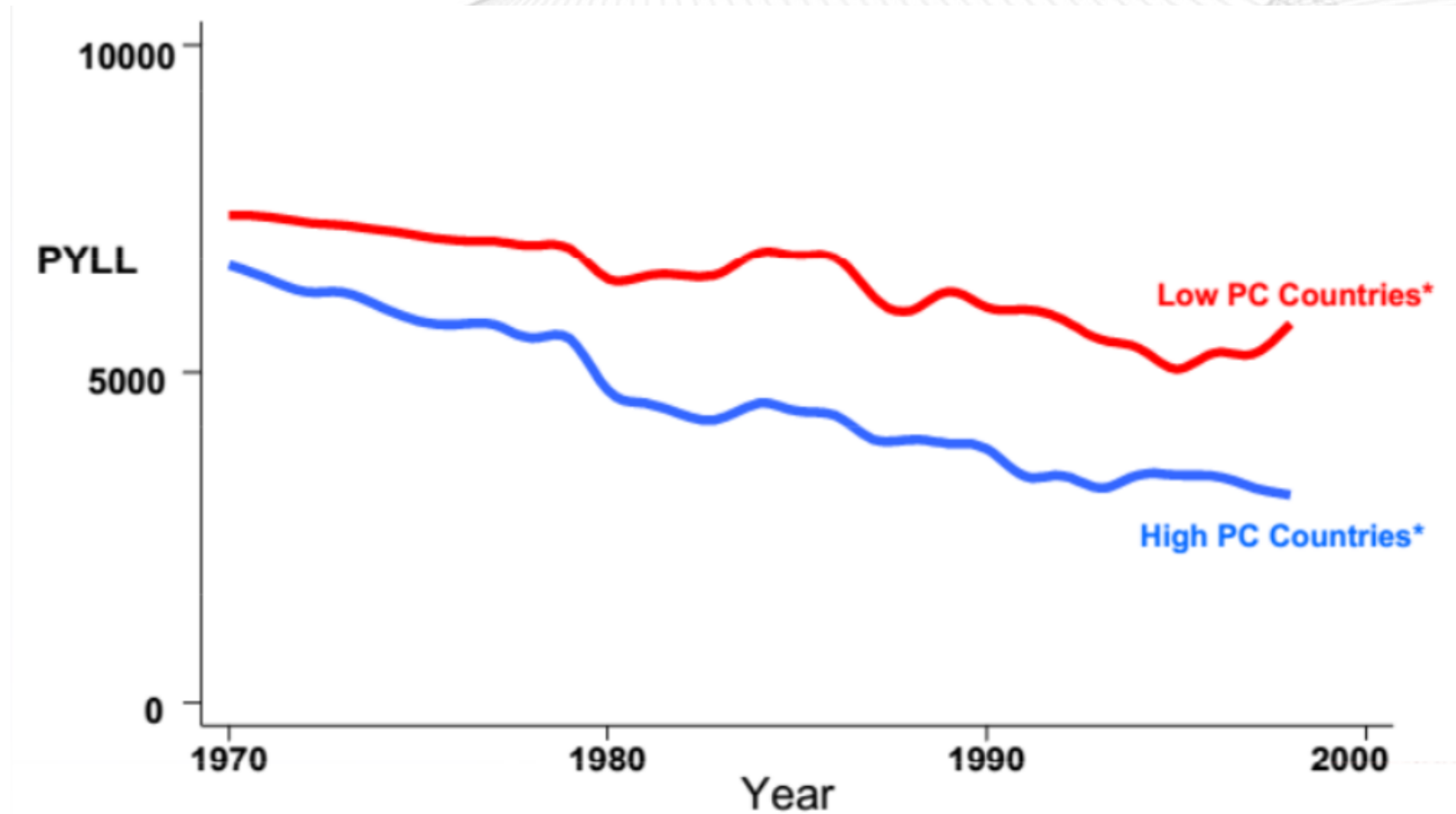
Τα αποτελέσματα της κατανομής πόρων στην ΠΦΥ



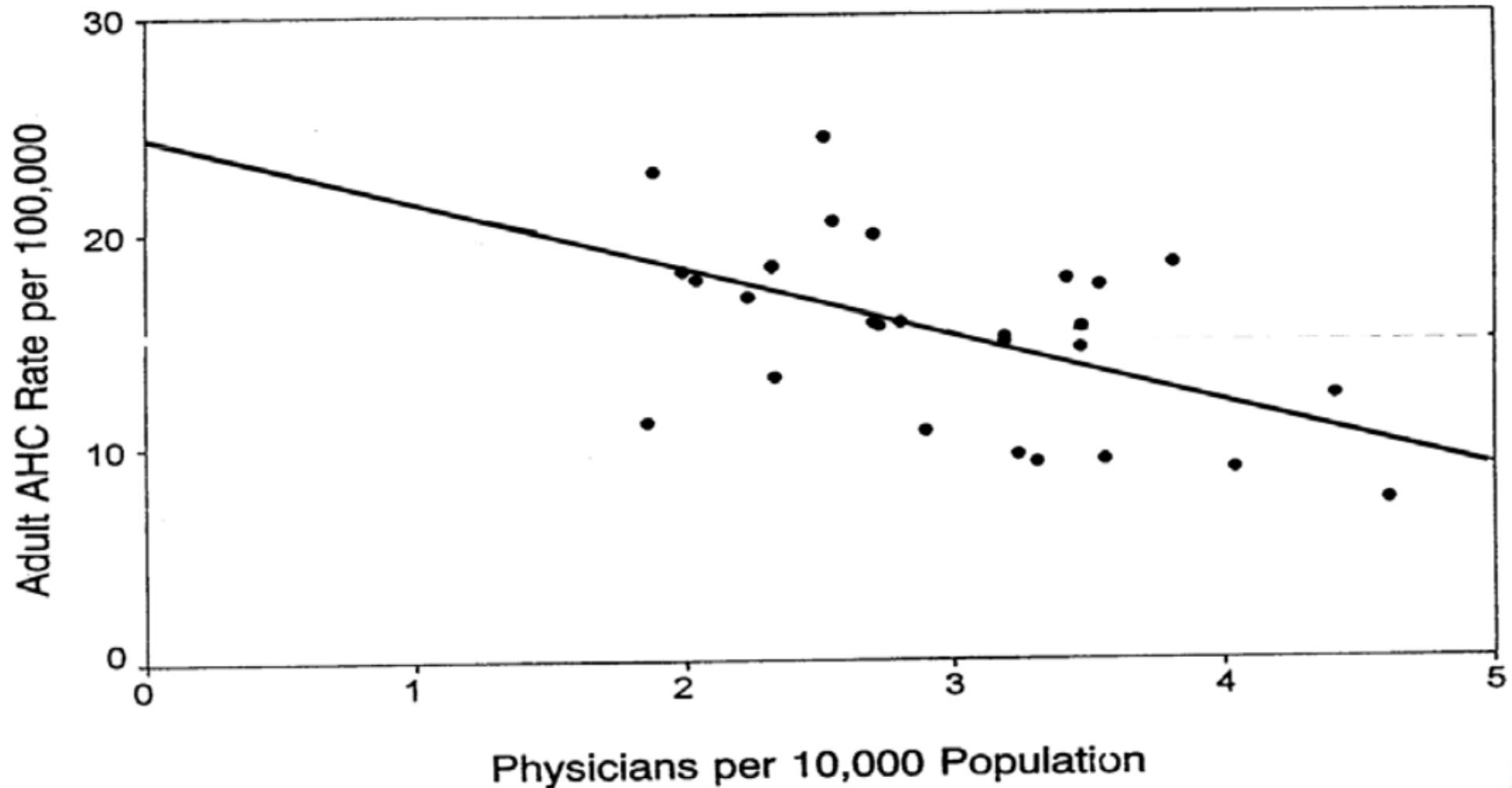
Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας ανά προμηθευτή (εκατ. ευρώ) 2012-2016



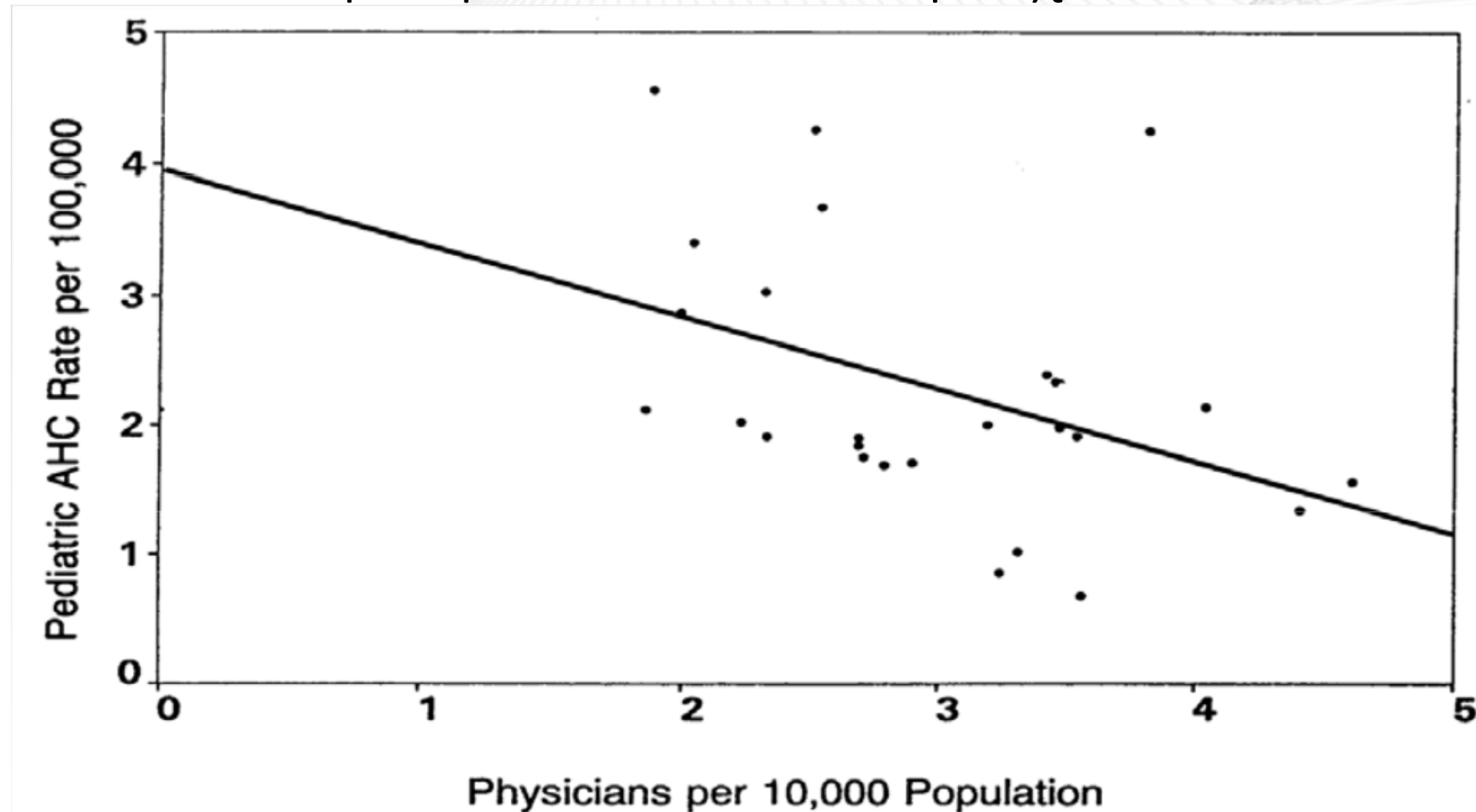
Επίδοση ΠΦΥ και εκβάσεις υγείας



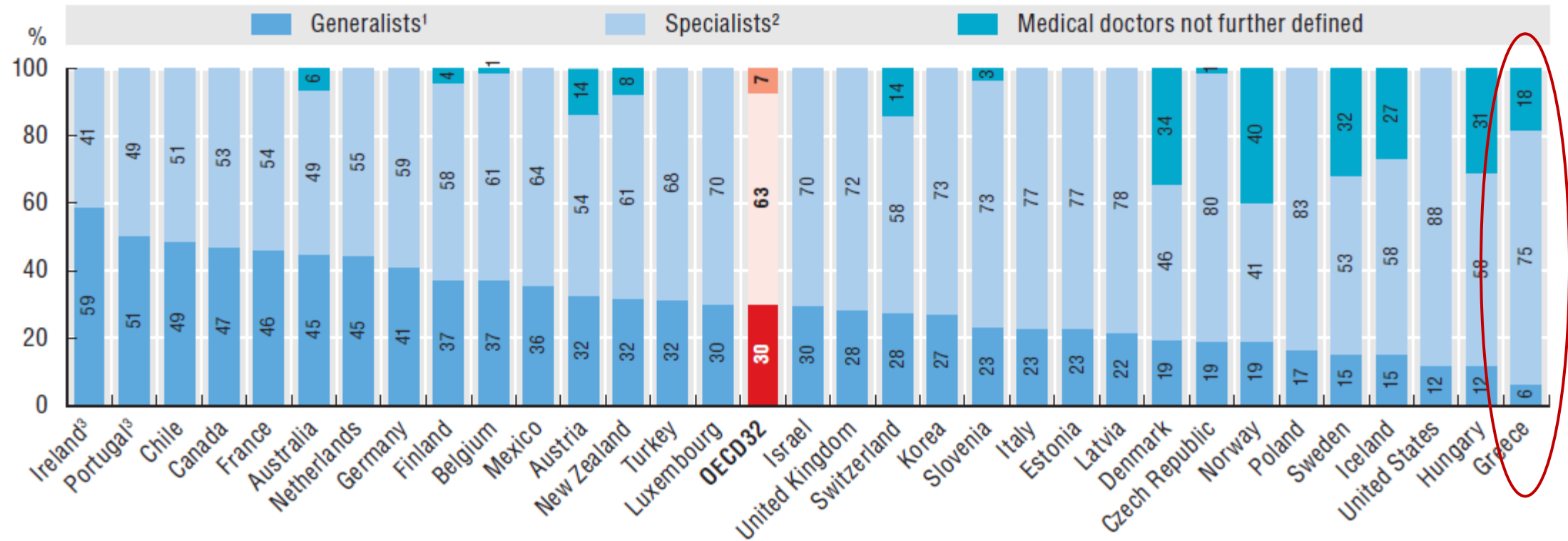
Οικογενειακοί γιατροί ανά 10.000 πληθυσμού και εισαγωγές ενηλίκων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν



Οικογενειακοί γιατροί ανά 10.000 πληθυσμού και εισαγωγές παιδιών για διαβήτη και πνευμονία που θα μπορούσαν να αποφευχθούν



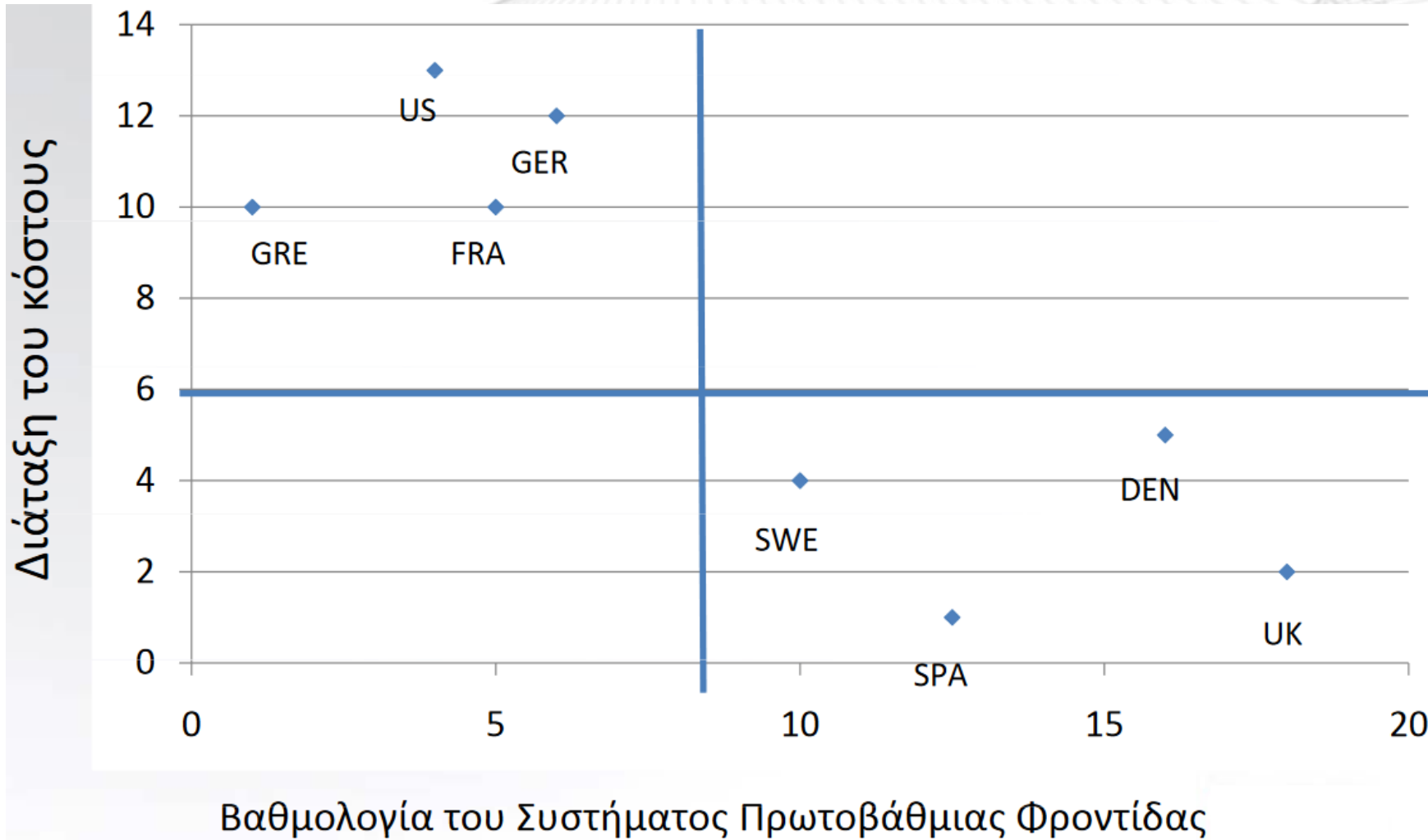
Γενικοί γιατροί και γιατροί ειδικότητας ως ποσοστό του συνόλου των γιατρών στην Ελλάδα και χώρες του ΟΟΣΑ 2015



1. Generalists include general practitioners/family doctors and other generalist (non-specialist) medical practitioners.
2. Specialists include paediatricians, obstetricians/gynaecologists, psychiatrists, medical, surgical and other specialists.
3. In Ireland and Portugal, most generalists are not GPs ("family doctors"), but rather non-specialist doctors working in hospitals or other settings.

Source: OECD Health Statistics 2017.

Επίδοση συστήματος ΠΦΥ



Η συμβολή της ΠΦΥ στη βελτίωση των δεικτών υγείας

- Η αύξηση των γιατρών ΠΦΥ ανά 10.000 πληθυσμού συμβάλλει στη μείωση της θνησιμότητας
- Περιοχές που έχουν ισχυρότερο σύστημα παροχής ΠΦΥ έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε όρους υγείας
- Περιοχές με περισσότερους γιατρούς ΠΦΥ ανά 10.000 πληθυσμού έχουν χαμηλότερη συνολική δαπάνη για υγεία

Τοπικές Μονάδες Υγείας- ΤΟΜΥ

- Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), καθώς η αποτελεσματική πρωτοβάθμια δε βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη αλλά από καλά συντονισμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας.
- Διασφαλίζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τη συνέχεια της φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού
- Παρέχουν ασφαλή, αποτελεσματική, ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας
- Βασική τους μέριμνα είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, η ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας

Οργάνωση του δικτύου ΠΦΥ

- Οργάνωση του εθνικού δικτύου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ με τρόπο που να ενισχύεται η ελεύθερη επιλογή των καταναλωτών, με την αποζημίωση των προμηθευτών να συνδέεται με το παραγόμενο έργο και την επιβάρυνση των χρηστών να είναι ανάλογη του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογη της ανάγκης
- Διάταξη των δικτύων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ βάσει του μεγέθους και των αναγκών του πληθυσμού με κριτήρια την ευχερή πρόσβαση και τη μείωση του κόστους του χρόνου των πολιτών

Πρόταση κατανομής των πόρων στα τοπικά δίκτυα ΠΦΥ

- Απομάκρυνση από τις μεθόδους αναδρομικής χρηματοδότησης προς μεθόδους προοπτικής χρηματοδότησης στη βάση κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών σε επίπεδο γεωγραφικής ενότητας
- Καθορισμός του ύψους του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής (πληθυσμός αναφοράς) βάσει κριτηρίων όπως το μέγεθος του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανακλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) για τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας

Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i \cdot pt_i / P_n) \cdot THE$$

Όπου

RHE : κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

P_i : πληθυσμός περιοχής

F_i : πληθυσμός γυναικών περιοχής

b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών

cm_i : πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

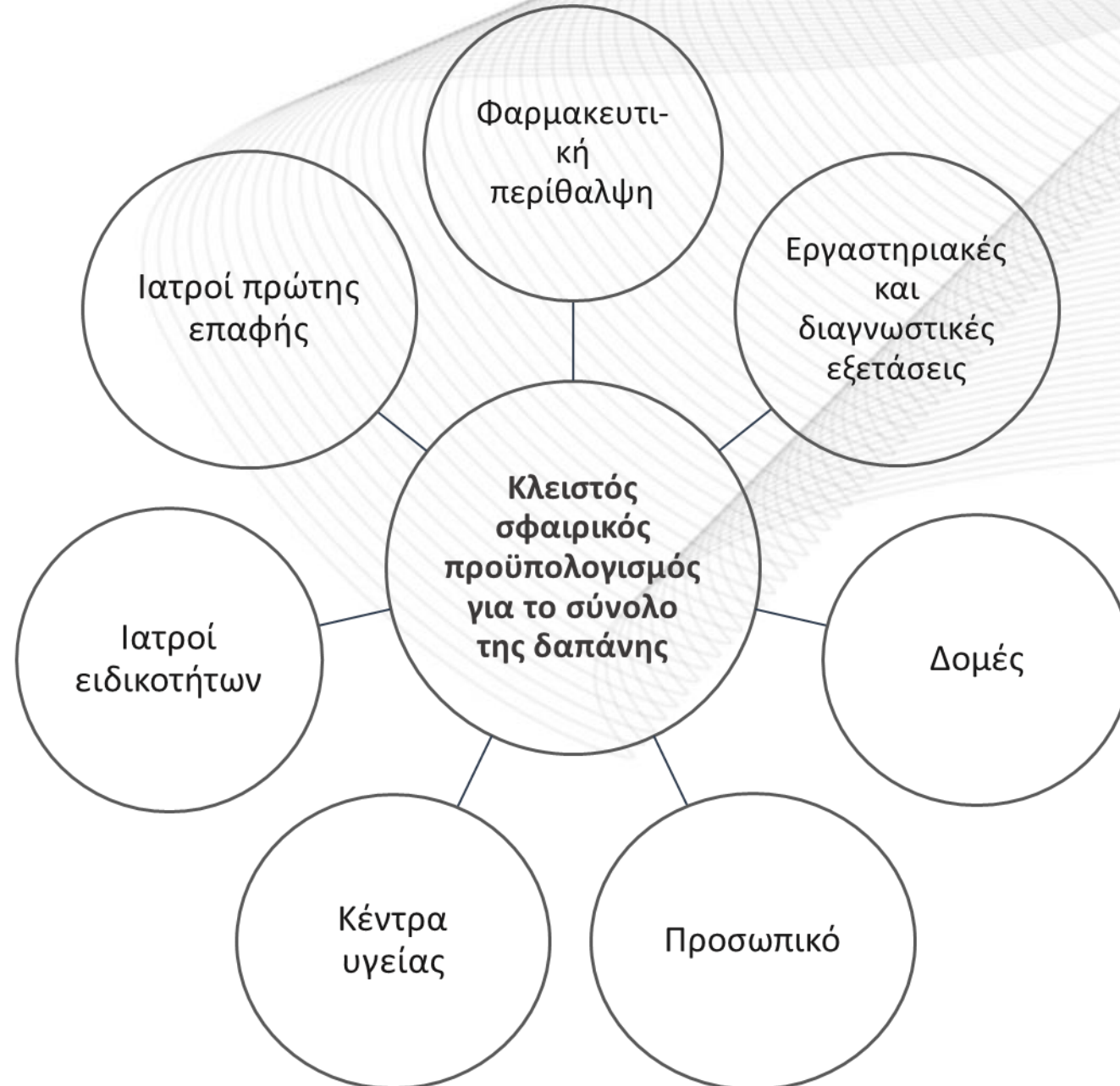
smr_i : προτυποποιημένα ηλικία θνησιμότητας περιοχής

pt_i : πληθυσμός κάτω από το όριο της φτώχειας

P_n : πληθυσμός χώρας

Νομός	Αναλογία δαπάνης ΠΦΥ	Δαπάνη ΠΦΥ Νομού (2013)	Νομός	Αναλογία δαπάνης ΠΦΥ	Δαπάνη ΠΦΥ Νομού (2013)
ΑΘΗΝΑ	0.276	1.151.446.397	ΚΟΡΙΝΘΙΑ	0.014	59.293.062
ΑΙΤΩΛΙΑ ΚΑΙ ΑΚΑΡΝΑΝΙΑ	0.018	76.634.665	ΚΥΚΛΑΔΕΣ	0.009	36.891.681
ΑΡΓΟΛΙΔΑ	0.012	51.868.100	ΛΑΚΩΝΙΑ	0.006	23.915.722
ΑΡΚΑΔΙΑ	0.009	37.696.516	ΛΑΡΙΣΑ	0.033	136.284.373
ΑΡΤΑ	0.005	19.754.402	ΛΑΣΙΘΙ	0.007	29.891.342
ΑΧΑΪΑ	0.025	103.251.598	ΛΕΣΒΟΣ	0.009	39.502.949
ΒΟΙΩΤΙΑ	0.010	40.858.130	ΛΕΥΚΑΔΑ	0.003	11.768.804
ΓΡΕΒΕΝΑ	0.004	17.697.855	ΜΑΓΝΗΣΙΑ	0.023	94.568.575
ΔΡΑΜΑ	0.013	53.341.200	ΜΕΣΣΗΝΙΑ	0.016	67.125.507
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ	0.013	55.139.665	ΞΑΝΘΗ	0.010	39.975.888
ΕΒΡΟΣ	0.017	72.729.888	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	0.053	220.103.950
ΕΥΒΟΙΑ	0.021	89.617.150	ΠΕΛΛΑ	0.013	55.252.826
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑ	0.001	5.997.540	ΠΙΕΡΙΑ	0.011	47.344.601
ΖΑΚΥΝΘΟΣ	0.004	16.298.143	ΠΡΕΒΕΖΑ	0.006	25.972.017
ΗΛΕΙΑ	0.012	51.364.510	ΡΕΘΥΜΝΟ	0.006	24.554.727
ΗΜΑΘΙΑ	0.018	74.030.078	ΡΟΔΟΠΗ	0.010	43.582.864
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	0.035	147.064.309	ΣΑΜΟΣ	0.002	9.113.759
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑ	0.005	22.517.754	ΣΕΡΡΕΣ	0.018	76.862.720
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	0.089	369.907.693	ΤΡΙΚΑΛΑ	0.013	56.160.218
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	0.011	46.756.590	ΦΘΙΩΤΙΔΑ	0.013	55.124.759
ΚΑΒΑΛΑ	0.018	75.254.331	ΦΛΩΡΙΝΑ	0.004	18.657.139
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	0.014	59.244.917	ΦΩΚΙΔΑ	0.003	14.005.466
ΚΑΣΤΟΡΙΑ	0.006	24.546.039	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	0.012	49.140.759
ΚΕΡΚΥΡΑ	0.009	37.864.487	ΧΑΝΙΑ	0.016	64.906.031
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑ	0.002	7.860.699	ΧΙΟΣ	0.004	15.565.325
ΚΙΛΚΙΣ	0.009	36.910.163	Σύνολο	1.000	4.171.119.667
ΚΟΖΑΝΗ	0.014	58.845.166			

Τμηματικοί κλειστοί προϋπολογισμοί



Αποζημίωση γιατρών πρώτης επαφής

- Αποζημίωση συμβεβλημένων γιατρών πρώτης επαφής (γενικοί γιατροί, παθολόγοι και ενδεχομένως γυναικολόγοι, καρδιολόγοι και παιδίατροι) βάσει της κατά κεφαλή αποζημίωσης
- Διαμόρφωση ετήσιου εισοδήματος βάσει των εγγεγραμμένων ασθενών και πρόσθετων κριτηρίων που αίρουν τα μειονεκτήματα της μεθόδου (επιλογή περιπτώσεων, αντίστροφη επιλογή), προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών, ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία
- Προαγωγή ελεύθερης επιλογής του ασθενούς, περιορισμός φαινομένων προκλητής ζήτησης, γεωγραφική ισοκατανομή των προμηθευτών βάσει των αναγκών του πληθυσμού (αναίρεση νόμου της “αντίστροφης φροντίδας” του Julian Tudor Hart)

Αποζημίωση γιατρών πρώτης επαφής (2)

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

Όπου

HE_{gp} : αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

n_i : πληθυσμός

c_i : κατά κεφαλή αμοιβή ανά εγγεγραμμένο

n_j : πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

c_j : κατά κεφαλή αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

a_i : αριθμός ηλικιωμένων

cm_i : αριθμός χρονίως πασχόντων

c_{prim} : πρόσθετη αμοιβή για ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες

hv : αριθμός κατ' οίκον επισκέψεων

c_{hv} : αμοιβή κατ' οίκον επίσκεψης

Αποζημίωση γιατρών ειδικότητας

- Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service), των οποίων οι τελικές τιμές ανά μονάδα συναρτώνται από τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το σφαιρικό προϋπολογισμό της περιοχής ευθύνης, με τρόπο ώστε το σύνολο της δαπάνης να διατηρείται σταθερό.

Αποζημίωση γιατρών ειδικότητας (2)

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

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{Q_1 \cdot \bar{P}_1 + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n}{Q_t}$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{\sum w_i \cdot \bar{P}_i}{Q_t}$$

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

Όπου

HE_{ms} : συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων

w_i : συμβολή εκάστης ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών

\bar{P}_i : μέση αμοιβή υπηρεσιών εκάστης ειδικότητας

Q_i : ποσότητα υπηρεσιών εκάστης ειδικότητας

Q_t : συνολική ποσότητα υπηρεσιών

Συμπεράσματα

- Ανάγκη τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων για κατανομή των πόρων για επίτευξη μέγιστης αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας
- Ανάγκη στροφής και κατεύθυνσης πόρων στην ΠΦΥ με καλή οργάνωση του εθνικού δικτύου ΠΦΥ
- Ανάγκη κατανομής των πόρων της ΠΦΥ βάσει του μεγέθους και των αναγκών του τοπικού πληθυσμού



- Αποτελεσματικότερη και δικαιότερη κατανομή των πόρων
- Άμβλυση κοινωνικών ανισοτήτων και εμποδίων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- Αύξηση αποτελεσματικότητας συστήματος υγείας



Ευχαριστώ για την προσοχή σας