



ΕΘΝΙΚΗ  
ΣΧΟΛΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



## Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τομέας Οικονομικών της Υγείας  
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

## Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ

- 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.
- **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).

# Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ

Παρά το γεγονός αυτό το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας κυριαρχείται από **στρεβλώσεις** και **αντινομίες**,

- Δυσχέρεια στην **πρόσβαση** και κυρίως στη **συνέχεια** της φροντίδας.
- Μικρή **ανταποκρισιμότητα** στις προσδοκίες των πολιτών.
- Εκτεταμένες **ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές**, οι οποίες εντείνουν τις ανισότητες.
- Αδυναμία στην **ανάσχεση του κύματος της ζήτησης** προς τα νοσοκομεία.
- Χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες **διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων** και έλλειμμα στις πρακτικές **προσυμπτωματικού ελέγχου**.



## Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ

- Ο ΕΟΠΥΥ σχεδιάζεται ως συγχώνευση των ασφαλιστικών οργανισμών **με τη μορφή μονοφωνίου** για την αγορά υπηρεσιών υγείας.
- Στόχος είναι **η διεύρυνση της πρόσβασης** μέσω της ελευθερίας επιλογής ιατρού, αλλά από συγκεκριμένο (και περιορισμένο) αριθμό ιατρών.
- Η πληρωμή των προμηθευτών βασίζεται σε ένα σχήμα με **“συμβάσεις πάγιας αντιμισθίας** τύπου ΟΑΕΕ” ανεξαρτήτως του αριθμού των επισκέψεων, της δέσμης φροντίδας και της ποιότητας των υπηρεσιών.

## Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ

Η κατάσταση, όμως, αυτή εμπεριέχει αντιφάσεις, οι οποίες οδηγούν στην αναπαραγωγή των στρεβλώσεων,

- Ο ΕΟΠΥΥ στην πραγματικότητα είναι ένας **διευρυμένος ΟΠΑΔ με οικονομικά κίνητρα τύπου ΟΑΕΕ**.
- Οι “συμβάσεις τύπου ΟΑΕΕ” (ανεξαρτήτως του ύψους της αντιμισθίας) **δεν δημιουργούν προϋποθέσεις ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών** ποιοτικής και ποσοτικής βελτίωσης της προσφοράς.
- Δεν δίδονται κίνητρα **συνέχειας και ολοκλήρωσης** της φροντίδας με την **ενίσχυση της δικτύωσης** και της **ομαδικής άσκησης της κλινικής ιατρικής**.

## Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ

Το βασικό προς επίλυση ζήτημα παραμένει και είναι αναγκαίο να επιλυθεί με τη δημιουργία σχήματος με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Την ελεύθερη επιλογή, η οποία προάγει **την κυριαρχία του καταναλωτή**.
- Την εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν **οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις**.
- Την προαγωγή μεθόδων **προοπτικής χρηματοδότησης** με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων **ηθικού κινδύνου**.
- Την **ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της κλινικής πρακτικής**, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας.



# Η αναζήτηση της αποδοτικότητας

Η επιτυχία του μονοψωνιακού εγχειρήματος μπορεί να θεμελιωθεί σε δυο παραδοχές:

(α) Την επέκταση του και στην παροχή υπηρεσιών, μέσω της προγραμματικής στρατηγικής συνεργασίας των **Κέντρων Υγείας** και των **Πολυϊατρείων** των ασφαλιστικών οργανισμών.

(β) Την ένταξη των προμηθευτών-ιατρών μέσω μιας προγραμματικής **εναλλακτικής μεθόδου σύμβασης και αποζημίωσης**.

# Η αναζήτηση της αποδοτικότητας

Η ενσωμάτωση των Κέντρων Υγείας και η λειτουργία τους παράλληλα με τα Πολυιατρεία συμβάλλει στη:

- δημιουργία **συνθηκών εσωτερικού ανταγωνισμού** και “**ημι-αγοράς**”
- δικτύωση και ενίσχυση των σημείων **διοίκησης, κλινικής διαχείρισης και ελέγχου**
- δυνατότητα ανάπτυξης σημείων **παροχής υπηρεσιών** από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς και εφημερίες.
- ανάπτυξη κοινοτικής δράσης και προαγωγή των πολιτικών υγείας με **βάση τους κοινωνικούς προσδιοριστές.**





# Η αναζήτηση της αποδοτικότητας

Με την ενσωμάτωση των Κέντρων Υγείας και των Πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών στον ΕΟΠΥΥ δημιουργείται ένα **μίγμα οργάνωσης της φροντίδας**, το οποίο περιλαμβάνει στοιχεία από:

- τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας (HMOs)
- τους Οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts)
- το γερμανικό υπόδειγμα οργάνωσης και αποζημίωσης της φροντίδας

## Το διαρθρωτικό εγχείρημα

$$THE = HE_{gp} + HE_p + HE_{ms} + HE_d + HE_m$$

Όπου

**THE** συνολική δαπάνη υγείας

**HE<sub>gp</sub>** δαπάνη οικογενειακών γιατρών

**HE<sub>p</sub>** δαπάνη παιδιάτρων

**HE<sub>ms</sub>** δαπάνη γιατρών ειδικοτήτων

**HE<sub>d</sub>** δαπάνη εργαστηριακών εξετάσεων

**HE<sub>m</sub>** δαπάνη φαρμάκων

Υπολογίζεται επίσης η δαπάνη για την υφιστάμενη υποδομή και προσωπικό.

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

$$\text{RHE} = \frac{P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i}{P_n} \cdot \text{THE}$$

Όπου

**RHE** κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

**P<sub>i</sub>** πληθυσμός περιοχής

**f<sub>i</sub>** πληθυσμός γυναικών περιοχής

**b<sub>i</sub>** αριθμός γεννήσεων περιοχής

**a<sub>i</sub>** πληθυσμός άνω των 65 ετών

**cm<sub>i</sub>** πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

**smr<sub>i</sub>** προτυποποιημένα πηλικά θνησιμότητας περιοχής

**p<sub>n</sub>** πληθυσμός χώρας



# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

- Με το εγχείρημα προτείνεται η αποζημίωση των ιατρών πρώτης επαφής (γενικός γιατρός, παθολόγος, παιδίατρος) σε **ετήσια βάση και κατά κεφαλήν**.
- Σχετικά με την κάλυψη του ιατρικού προσωπικού ειδίκευσης προτείνεται η αποζημίωση με συνδυασμό **fee – for - service** και **global budgeting**.
- Με ανάλογη μεθοδολογία επίσης επιχειρείται η αντιμετώπιση του ζητήματος των **εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων** και των **φαρμακευτικών σκευασμάτων**.

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (γενικός γιατρός, παθολόγος)

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

Όπου

$HE_{gp}$  αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

$n_i$  πληθυσμός

$c_i$  κατά κεφαλή αμοιβή

$n_j$  πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

$c_j$  κατά αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

$a_i$  αριθμός ηλικιωμένων

$cm_i$  αριθμός χρονίως πασχόντων

$c_{prim}$  πρόσθετη αποζημίωση

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (παιδιάτρος)

$$He_p = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j)$$

Όπου

$HE_p$  αποζημίωση παιδιάτρων

$n_i$  πληθυσμός παιδιών

$c_i$  κατά κεφαλήν αμοιβή

$n_j$  πληθυσμός εμβολιασθέντων

$c_j$  κατά κεφαλή αμοιβή για εμβολιασμό

# Το διαρθρωτικό εγχείρημα (ειδικός γιατρός)

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

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

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

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

Όπου

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

$W_i$  συμβολή της εκάστοτε ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών

$\bar{P}_i$  μέση αμοιβή των υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

$Q_i$  ποσότητα υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

$Q_t$  συνολική ποσότητα υπηρεσιών



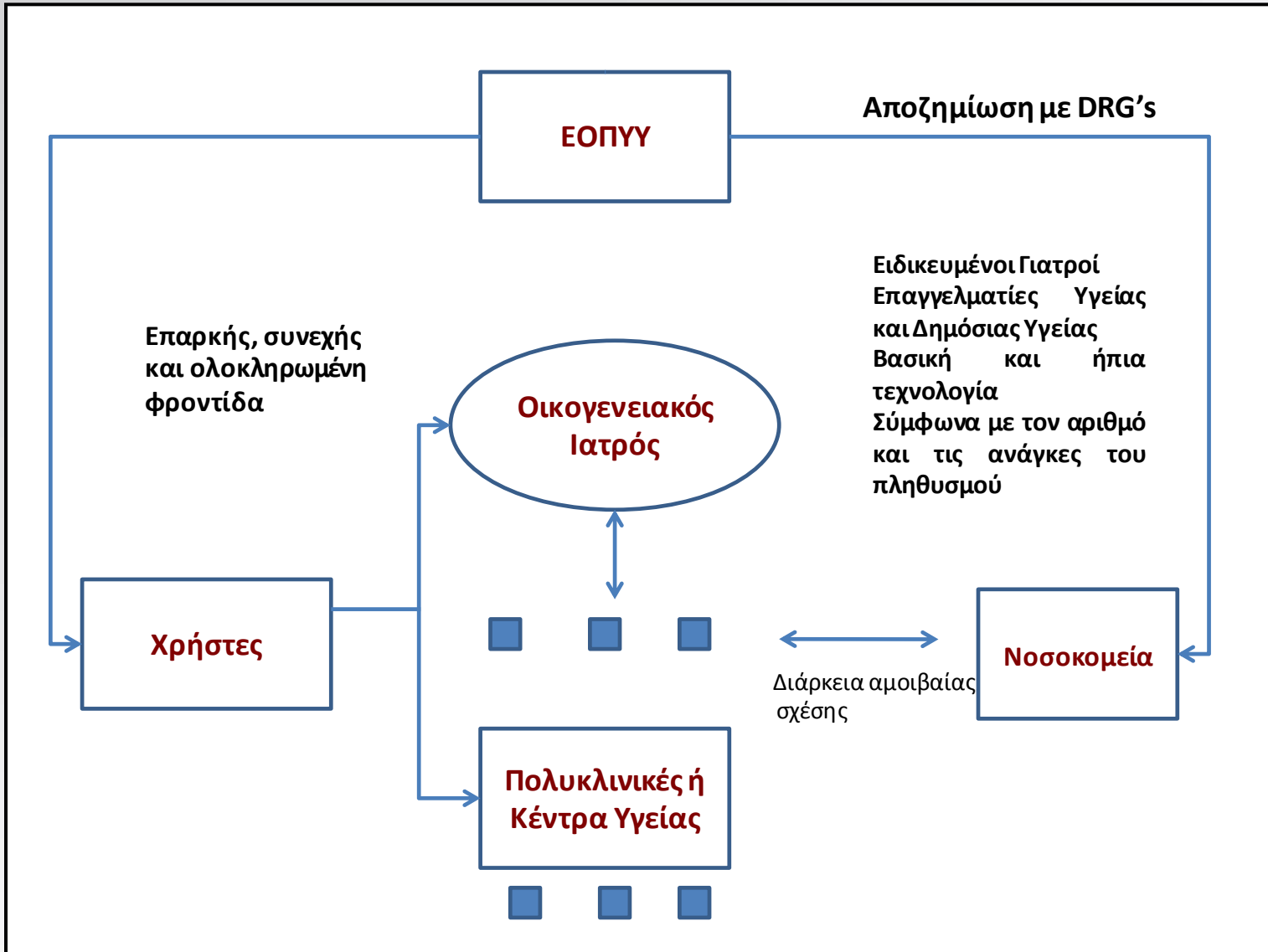
# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Νομός	Πληθυσμός ως % του συνολικού	Σταθμισμένος πληθυσμός ως % του συνολικού	Ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός	
Αρκαδίας	0.78%	0.90%	47.446.902	59.195.659
Αχαΐας	3.08%	2.48%	129.958.124	162.138.231
Ιωαννίνων	1.66%	1.12%	58.850.409	73.422.891
Σερρών	1.65%	1.84%	96.743.635	120.699.202
Βοιωτία	1.11%	0.98%	51.426.283	64.160.410
Κεφαλληνία	0.34%	0.19%	9.893.907	12.343.827
Χανίων	1.34%	1.56%	81.694.290	101.923.353



# Το διαρθρωτικό εγχείρημα

## Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας



# Μια νέα θεώρηση

Το προτεινόμενο υπόδειγμα:

- εισάγει **συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού** μεταξύ των προμηθευτών και αποτρέπει την πρόκληση ζήτησης (supplier induced demand) με την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του **νόμου του Milton Roemer** (νόμος του Jean-Baptiste Say στην υγεία).
- προωθεί μορφές αποζημίωσης στη βάση του global budgeting και της προοπτικής αποζημίωσης και μειώνει το ενδεχόμενο **ηθικού κινδύνου** (moral hazard).

# Μια νέα θεώρηση

(συνέχεια)

- δημιουργεί κίνητρα για μετακίνηση προμηθευτών σε απομακρυσμένες περιοχές “αντιστρέφοντας” το **νόμο του Julian Hurt** (inverse care).
- βελτιώνει τις **επιλογές των χρηστών** και την κυριαρχία τους ως καταναλωτών.
- ενσωματώνει το **ιατρικό σώμα** στο σύστημα υγείας.

1. Hurt JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i: 405-12

2. Walley et al, Primary Health care: making Alma-Ata a reality. Lancet. 2008; 372: 1001-07

# Μια νέα θεώρηση

Το υπόδειγμα με ορισμένες παραμετροποιήσεις όπως η **“δόση” του ανταγωνισμού** μπορεί να επιτύχει στόχους όπως:

- Η **διατήρηση και βελτίωση της υγείας** των πολιτών
- Ο **έλεγχος και η ορθολογική κατανομή** της δαπάνης στην υγεία
- Η αποφόρτιση με το **μηχανισμό της υποκατάστασης** του νοσοκομειακού τομέα.
- Η **ανασυγκρότηση** και **ανάπτυξη** των υπηρεσιών υγείας.
- Η επίτευξη των κριτηρίων της **ισότητας**, της **κοινωνικής δικαιοσύνης**, της **αποδοτικής χρήσης** των πόρων και της **βελτίωσης** της κλινικής πρακτικής.

# Contributors

Επιστημονική ευθύνη: Γιάννης Κυριόπουλος

Ομάδα εργασίας: Κώστας Αθανασάκης (ΕΣΔΥ), Δημήτρης Ζάβρας (ΕΣΔΥ), Λευτέρης Θηραίος (Κέντρο Υγείας Βάρης), Ελευθερία Καραμπλή (ΕΣΔΥ), Τρύφων Μπεαζόγλου (University of Connecticut), Νίκος Πολύζος (Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης), Αναστάσης Σκρουμπέλος (ΕΣΔΥ), Κυριάκος Σουλιώτης (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου), Βανέσα Τσιάντου (ΕΣΔΥ)





ΕΘΝΙΚΗ  
ΣΧΟΛΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



**Ευχαριστώ θερμά για την προσοχή σας...**