



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας

Γιάννης Κυριόπουλος MD, MSc, MPH, PhD
Τομέας Οικονομικών της Υγείας
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Περίγραμμα

- Εισαγωγή
- Τεχνολογία παραγωγής
- Η άρση των αντινομιών
- Από τα Ταμεία στον ΕΟΠΥΥ
- Η αναζήτηση της αποδοτικότητας
- Το διαρθρωτικό εγχείρημα
- Μια νέα θεώρηση
- Προσωρινά συμπεράσματα
- Υστερόγραφο
- Ευχαριστίες

Εισαγωγή

- Η δημοσιονομική κρίση πλήττει το σύνολο της πραγματικής οικονομίας και **προκαλεί χρηματοδοτική εμπλοκή** στις υπηρεσίες υγείας και την κοινωνική πολιτική γενικότερα.
- Το Πρόγραμμα Δανειακής Σύμβασης **προβλέπει περικοπές τάξης μεγέθους > 1,5% του ΑΕΠ στα φάρμακα** (μερικώς δεκτές), στην **ασφάλιση υγείας** (απολύτως απαράδεκτες) και στη **βιοϊατρική τεχνολογία του νοσοκομειακού τομέα** (εξαιρετικά δυσχερείς).

Εισαγωγή

- Η επιδείνωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών οδηγεί σε μείωση της ζήτησης και (κατά συνέπεια της ιδιωτικής δαπάνης κατά 25% περίπου) των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα και “στροφή” στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, στις οποίες η προσφορά εμφανίζει ισχυρές ενδείξεις υποχώρησης ιδιαίτερα σε υπηρεσίες υψηλής ειδίκευσης και τεχνολογίας, εξ αιτίας της υποχρηματοδότησης του δημοσίου συστήματος υγείας.

Εισαγωγή

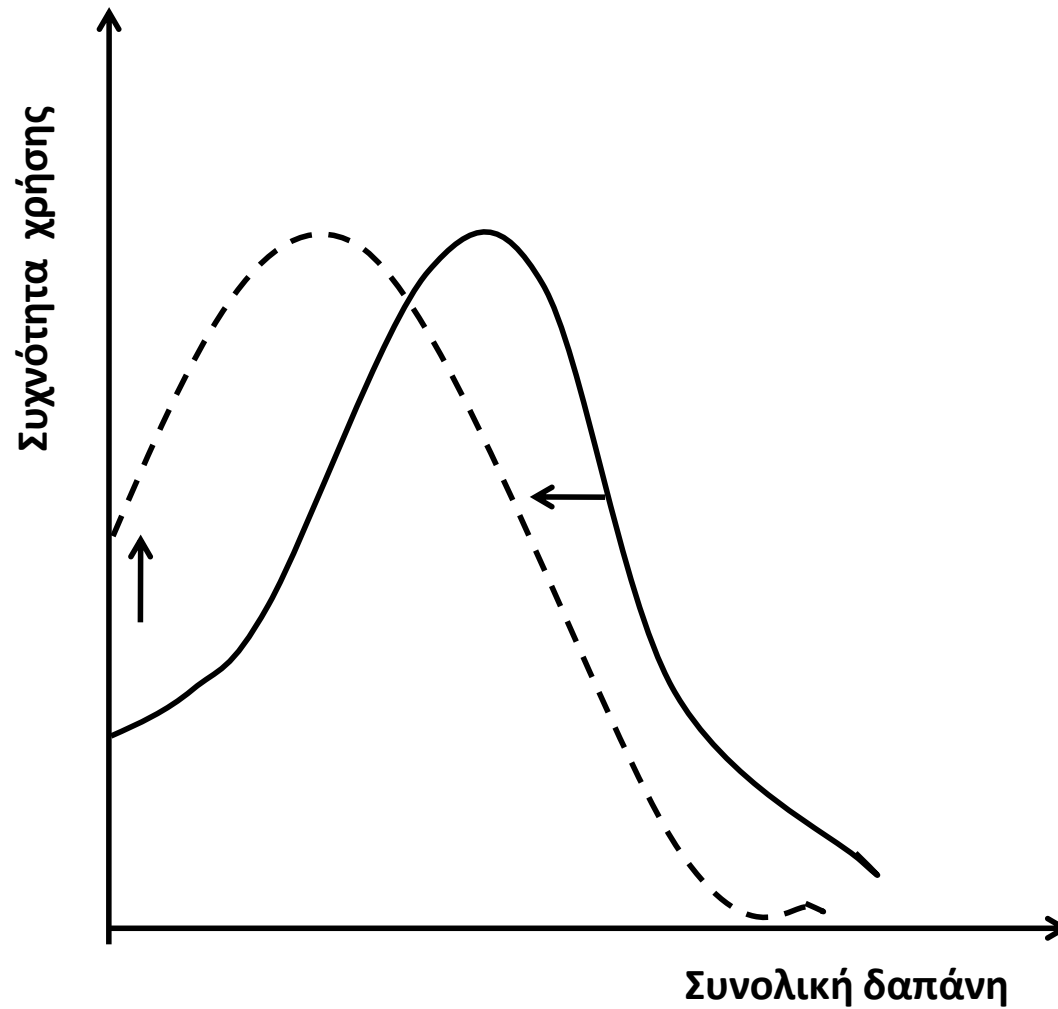
- Η **ισορροπία στις υγειονομικές αγορές**, η οποία επιτυγχάνεται με έναν ιδιότυπο και περίπλοκο συνδυασμό (μερικής) ασφαλιστικής κάλυψης και ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών, βρίσκεται πλέον στα **πρόθυρα κατάρρευσης**.
- Η **διαδικασία κοινωνικής απονομιμοποίησης** του υγειονομικού τομέα εντείνεται και επιδεινώνει μια ενδημική κατάσταση μέτριας (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, χαμηλής (προσδοκώμενης) ανταποκρισιμότητας και μη αποδεκτής (οικονομικής) αποδοτικότητας.

Εισαγωγή

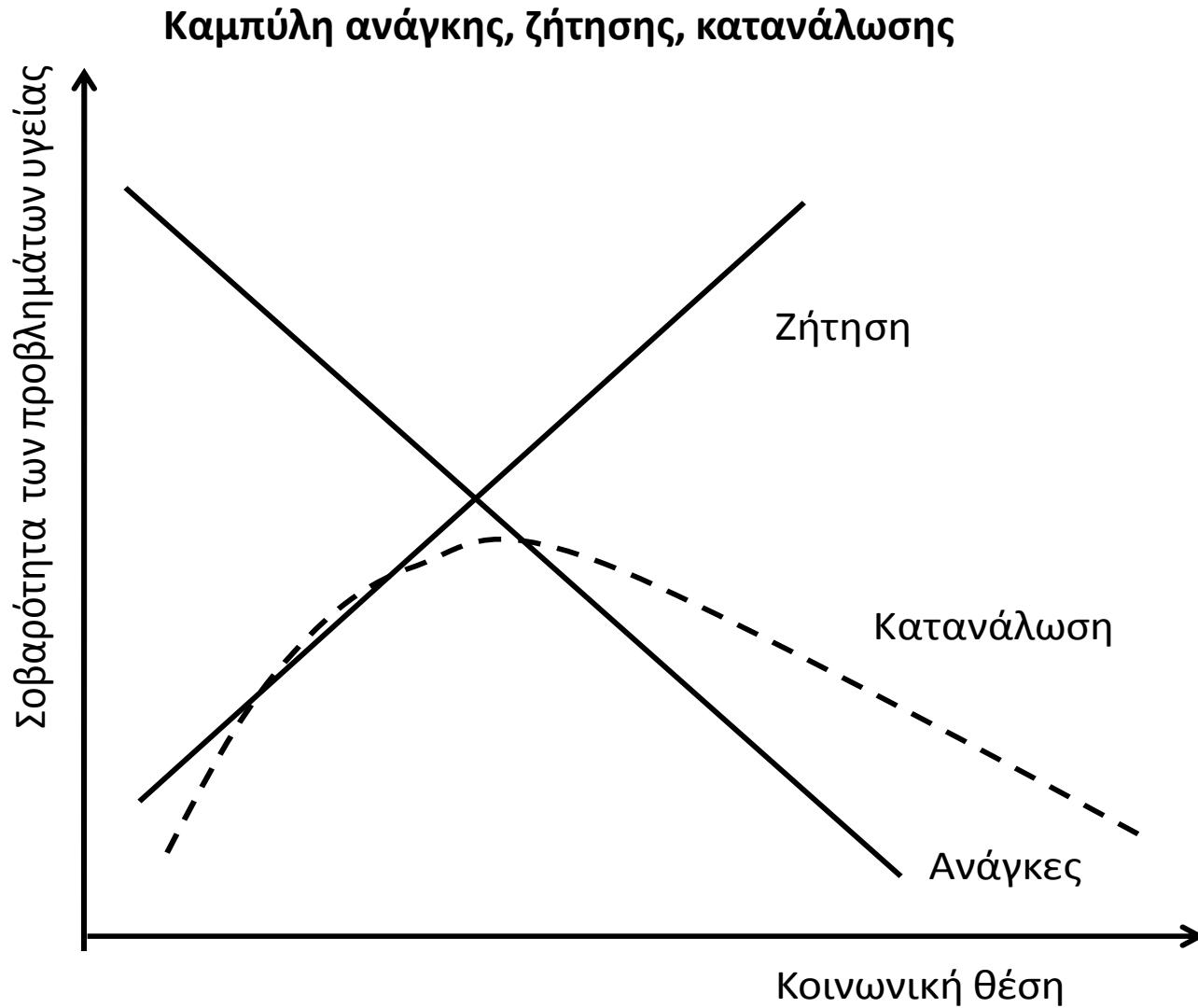
- Πρόκειται για **μια μείζονα, σε ένταση και έκταση, κρίση** του υγειονομικού τομέα (κοινωνική και οικονομική) η οποία **τείνει να μετατραπεί σε πολιτική** αν δεν υπάρξουν άμεσες, πειστικές και λυσιτελείς απαντήσεις, δηλαδή **διαρθρωτικές αλλαγές μεγάλης κλίμακας**.
- Υπό το πρίσμα αυτό **η αλλαγή της “τεχνολογίας παραγωγής”** της φροντίδας υγείας για την αναζήτηση της αποδοτικότητας είναι αναγκαία και επιτακτική, ώστε να επιτευχθεί η ισορροπία προσφοράς και ζήτησης **υπό τον ασφυκτικό περιορισμό της συγκυρίας και** να τεθούν οι βάσεις της ευκταίας **υγειονομικής ανάπτυξης**.

Τεχνολογία παραγωγής (παραγωγική αποδοτικότητα)

Μετακίνηση της καμπύλης δαπάνης



Τεχνολογία παραγωγής (καταναεμητική αποδοτικότητα)



Τεχνολογία παραγωγής (νέο παράδειγμα)

(α) Απομάκρυνση από περιοριστικό **τεχνικό βιοϊατρικό παράδειγμα** της υγείας σε μια ευρύτερη **προσέγγιση των κοινωνικών προσδιοριστών** η ανάγκη διαφοροποίησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας από την ιατρική περίθαλψη.

(β) Αντιμετώπιση των **επιπτώσεων στην ισότητα** από τις μεταρρυθμίσεις, οι οποίες είναι προσανατολισμένες στην αγορά και **διασφάλιση της εμπλοκής του κράτους** στις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι αναγκαίο να διατηρηθούν σε επαρκές επίπεδο.

(γ) Εξεύρεση τρόπων ανάπτυξης **κοινοτικών και τοπικών δεσμεύσεων** ειδικότερα σε όρους ενδυνάμωσης του **κοινωνικού κεφαλαίου** και της διατομεακής κοινοτικής δράσης.

1. Bhatia M, Rifkin S, A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe?. Globalization and Health. 2010; 6:13
2. Gillam S, Is the declaration of Alma-Ata still relevant to primary health care?. BMJ. 2008; 336: 536-538
3. Walley et al, Primary Health care: making Alma-Ata a reality. Lancet. 2008; 372: 1001-07



Τεχνολογία παραγωγής (νέο παράδειγμα)

Παραπομπή
σε εξειδικευμένη φροντίδα

Εξειδικευμένες
νοσοκομειακές

Ιατρική Περίθαλψη

Βασική νοσοκομειακή
φροντίδα υγείας

Πρωτοβάθμια
Φροντίδα

Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Δημόσια
Υγεία

Κοινωνική φροντίδα
υγείας

Οικογενειακή φροντίδα
κατ' οίκον

Κοινωνική κινητοποίηση
Κοινωνικό κεφάλαιο για ανάπτυξη και
υγεία

Διατομεακή δράση
Εκπαίδευση, στέγαση, περιβάλλον,
ύδρευση και υγιεινή, διατροφή,
γεωργία

Τεχνολογία παραγωγής (πολιτικές υγείας)

Ολική επαναφορά στη Διακήρυξη της Alma-Ata (WHO 1979)

(α) Ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την **πρωτοβάθμια φροντίδα** υγείας, την **προαγωγή της υγείας** και την **ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας**.

(β) Προτεραιοποίηση των πολιτικών **άρσης των ανισοτήτων**, με προσήλωση στα κριτήρια της **ισότητας**, της **κοινωνικής δικαιοσύνης** και την **“υγεία για όλους”**.

(γ) Έμφαση στους **κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας**, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου.

(δ) Ενδυνάμωση των μεθόδων **αποδοτικής χρήσης των πόρων** και εφαρμογής της **κατάλληλης τεχνολογίας**.



Η άρση των αντινομιών

- Η αποτυχία των μέτρων ρύθμισης **με τα εργαλεία κρατικής παρέμβασης** (για μακρό διάστημα) του τύπου “**εντολή και έλεγχος**” και η de facto υποκατάσταση αυτών με εργαλεία “αφανών” τιμών χρόνου-χρήματος βασίζεται στη δεδηλωμένη **πρόθεση των καταναλωτών για δυνατότητες επιλογής**, αλλά η εξέλιξη αυτή οδηγεί στην αναγκαιότητα εισαγωγής εργαλείων του τύπου “**κίνητρα και αντικίνητρα**” για την άρση των στρεβλώσεων, οι οποίες κυριαρχούν στο σύστημα υγείας.

Η άρση των αντινομιών

- Η υπόθεση εργασίας ότι **“όλες οι ανάγκες μπορεί να καλυφθούν σε μηδενικές τιμές τη στιγμή της ανταλλαγής”** απεδείχθη μη λογική και μη αληθής (και ιδίως με την επιβάρυνση του μηδενικού κόστους χρόνου και την ελευθερία επιλογής), δεδομένου ότι η ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζεται ως **“οιονεί δημόσιο αγαθό”**, αλλά δεν είναι ένα **ελεύθερο αγαθό** και ως εκ τούτου προσκρούει στον **περιορισμό της σπανιότητας των πόρων**.

Η άρση των αντινομιών

- Η αντινομία αυτή επιχειρείται να θεραπευθεί με την πρόταση **συγκρότησης μονοψωνίου** στις υγειονομικές υπηρεσίες και τη **διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση**.
- Όμως η πρόταση αυτή πάσχει ως προς **τη θεωρητική θεμελίωση** και την **εμπειρική επαλήθευση**, δεδομένου ότι το πρόβλημα των στρεβλώσεων στις υγειονομικές αγορές δεν βρίσκεται κυρίως στην πλευρά της ζήτησης-χρηματοδότησης, αλλά **στη μονοπωλιακή επικυριαρχία του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος**.

Η άρση των αντινομιών

- Ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη **συγκράτηση του κόστους** παρά για την **κοινωνική αποδοτικότητα** (Pauly 1988).
- Το μονοψώνιο **δεν περιορίζει τις μονοπωλιακές τάσεις**, ενώ μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα **την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών** (Pauly 1986, 1988) και **κατά συνέπεια των παραπληρωμών** (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου 2001).

1. Pauly M. Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy. Journal of Economic Literature. 1986; 15: 629-675
2. Pauly M., Market power, Monopsony and Health Insurance Markets. Journal of Health Economics. 1988; 7: 111-128
3. Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ. Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2001, σελ.93-110



Η άρση των αντινομιών

- Η **διάκριση της προσφοράς από την ζήτηση** συνιστά μια άλλη “δημοφιλή” εκδοχή, της οποίας η εγκυρότητα συνδέεται με το **χαρακτήρα των ανταλλαγών** και την **έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης**.
- Κατά συνέπεια η διάκριση της ζήτησης και προσφοράς προάγει την **αποδοτικότητα** στο βαθμό κατά τον οποίο υφίσταται κάποιας μορφής **ανταγωνισμός** μεταξύ των προμηθευτών.

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 Πολυϊατρεία 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

Η αναζήτηση της αποδοτικότητας

Κατά κεφαλή επισκέψεις (v)	Coefficient	P > [t]
Εξελθόντες ασθενείς * (in)	-0.0000127	0.000
Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας (h)	-5.548596	0.023
Εξωνοσοκομειακοί ιατροί * (d)	0.000542	0.000
% άνω των 65 ετών (a)	-10.5517	0.016
% γυναικών (f)	29.33132	0.050
_cons (σταθερά)	-3.147747	0.673

$$V = (-0.0000127 \cdot in) - (5.548596 \cdot h) + (0.000542 \cdot d) - (10.5517 \cdot a) + (29.33132 \cdot f) - 3.147747$$



Το διαρθρωτικό εγχείρημα

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

Όπου

THE συνολική δαπάνη υγείας

HE_{gp} δαπάνη οικογενειακών γιατρών

HE_p δαπάνη παιδιάτρων

HE_{ms} δαπάνη γιατρών ειδικοτήτων

HE_d δαπάνη εργαστηριακών εξετάσεων

HE_m 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_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

p_n 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 κεφαλήν 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 κεφαλήν αμοιβή για εμβολιασμό

Το διαρθρωτικό εγχείρημα (ειδικός γιατρός)

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

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

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

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

Όπου

HE_{ms} συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων

w_i συμβολή 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

ΕΟΠΥΥ=ΙΚΑ+ΟΠΑΔ+ΟΑΕΕ+ΟΓΑ

Εισροές	2012
Σύνολο ασφαλισμένων (σε .000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500
Σύνολο	>8.000

Το διαρθρωτικό εγχείρημα

ΕΟΠΥΥ= ΙΚΑ+ΟΠΑΔ+ΟΑΕΕ+ΟΓΑ

Δαπάνη	2010
Νοσοκομειακή περίθαλψη	1,9 δις €
Φαρμακευτική περίθαλψη	5,0 δις €
Ιατρική περίθαλψη	2,0 δις €
Σύνολο	8,9 δις €



Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Δαπάνη	2012
Οικογενειακός γιατρός	0,35-0,50 δις €
Οικογενειακός παιδίατρος	0,10-0,15 δις €
Γιατροί ειδικοτήτων	1,20-1,50 δις €
Εργαστηριακές πράξεις	0,50-0,70 δις €
Φαρμακευτική περίθαλψη	2,50-3,00 δις €
Σύνολο	4,65-5,85 δις €
Υπάρχουσα υποδομή	0,60-0,70 δις €
Γενικό Σύνολο	5,25-6,55 δις €

Η διαπραγμάτευση του προϋπολογισμού και των τιμών θεμελιώνονται (α) στην **κατάσταση** του ασφαλιστικού οργανισμού και (β) στα **αποτελέσματα** του προϋπολογισμού (πλεονάσματα- ελλείμματα)

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
Χανίων	1.34%	1.56%	81.694.290	101.923.353

Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Νομός	Δαπάνη για οικογενειακούς ιατρούς		Δαπάνη για οικογενειακούς παιδίατρος		Δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη
Αρκαδίας	3.163.127	4.518.753	903.751	1.355.626	22.593.763
Αχαΐας	8.663.875	12.376.964	2.475.393	3.713.089	61.884.821
Ιωαννίνων	3.923.361	5.604.801	1.120.960	1.681.440	28.024.004
Σερρών	6.449.576	9.213.680	1.842.736	2.764.104	46.068.398
Χανίων	5.446.286	7.780.409	1.556.082	2.334.123	38.902.043

Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Νομός	Δαπάνη για υπάρχουσες υποδομές και προσωπικό		Δαπάνη για εργαστηριακές πράξεις		Δαπάνη για φαρμακευτική περίθαλψη	
Αρκαδίας	5.422.503	6.326.254	4.518.753	6.326.254	22.593.763	27.112.515
Αχαΐας	14.852.357	17.327.750	12.376.964	17.327.750	61.884.821	74.261.785
Ιωαννίνων	6.725.761	7.846.721	5.604.801	7.846.721	28.024.004	33.628.805
Σερρών	11.056.415	12.899.151	9.213.680	12.899.151	46.068.398	55.282.077
Χανίων	9.336.490	10.892.572	7.780.409	10.892.572	38.902.043	46.682.452

Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Βάσει της εξίσωσης υπολογισμού της αμοιβής των γενικών ιατρών εκτιμήθηκε το **ετήσιο εισόδημα ενός ιατρού** στην περίπτωση που αυτός δραστηριοποιείται στο νομό Αρκαδίας

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

n_i = 2000 εγγεγραμμένα άτομα

c_i = 40 ευρώ κατά κεφαλή αμοιβή

n_j = πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο, 26% των εγγεγραμμένων ατόμων

c_j = αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο, 10% της κατά κεφαλή αμοιβής

a = πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών, 25% των εγγεγραμμένων ατόμων

cm = πληθυσμός με χρόνια νοσήματα, 20% των εγγεγραμμένων ατόμων

c_{prim} = πρόσθετη αποζημίωση, 10% της κατά κεφαλή αμοιβής



Το διαρθρωτικό εγχείρημα

- Ως εκ τούτου υπολογίστηκε ότι το **μέγιστο ετήσιο εισόδημα** ενός γενικού ιατρού στην Αρκαδία μπορεί να ανέλθει στα 85.760 ευρώ.
- Με διαφορετικές υποθέσεις εκτιμήθηκε ότι σε 1500 και 1000 εγγεγραμμένους ανά γενικό ιατρό, το ετήσιο εισόδημα εκτιμήθηκε στα 64.320 και 42.880 αντίστοιχα.

Το διαρθρωτικό εγχείρημα

Ομοίως, εκτιμήθηκε το **ετήσιο εισόδημα ενός παιδίατρου** στο νομό Αρκαδίας

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

n_i = 500 εγγεγραμμένα άτομα

c_i = 100 ευρώ κατά κεφαλή αμοιβή

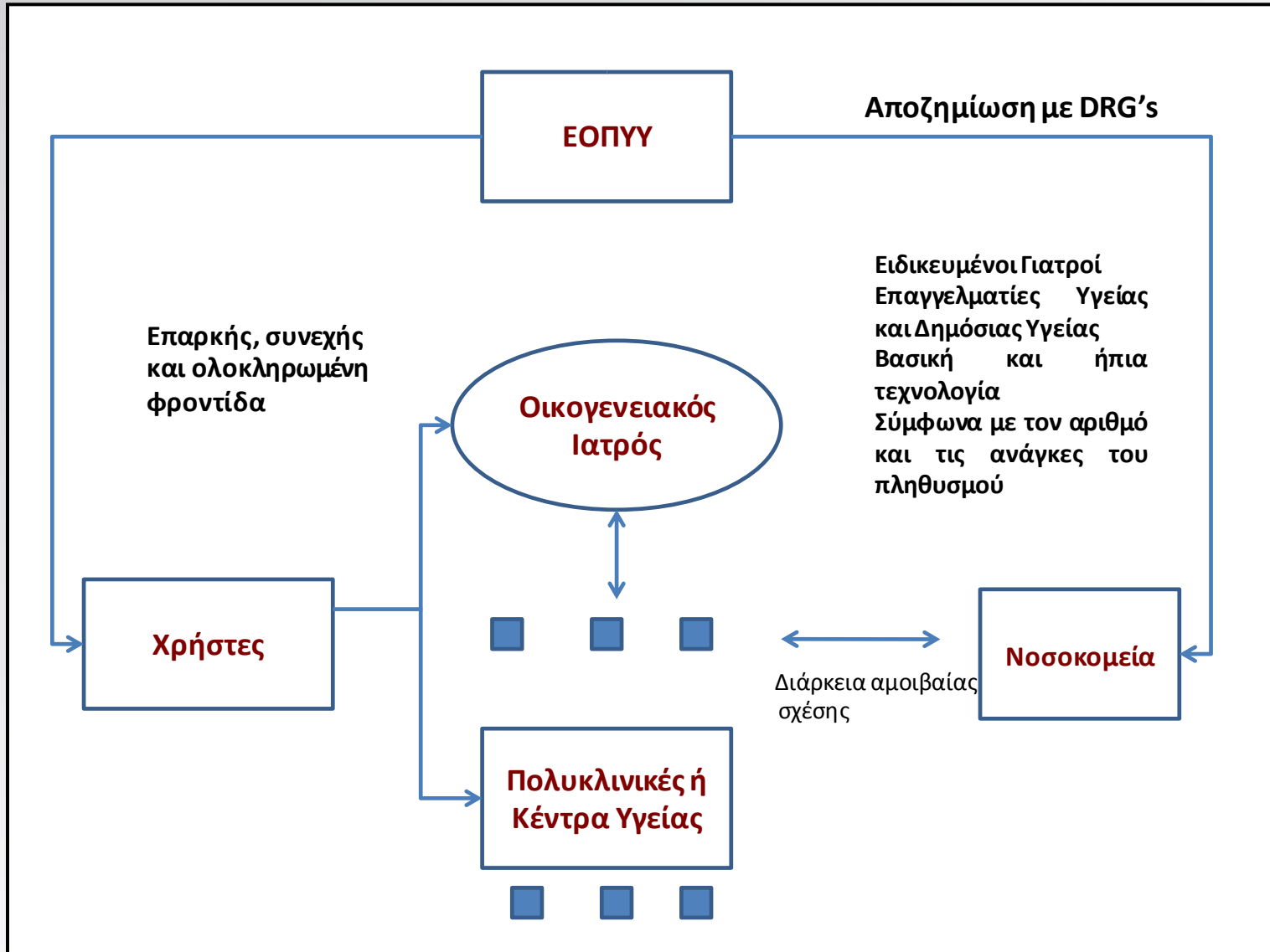
n_j = 10% των εγγεγραμμένων ατόμων για εμβολιασμό

c_j = 10% της κατά κεφαλή αμοιβής για κάθε εμβολιασμό

Με βάση τα παραπάνω, το **μέγιστο ετήσιο εισόδημα** ενός παιδίατρου στο νομό Αρκαδίας με 500 και 1000 εγγεγραμμένα άτομα εκτιμήθηκε στα 51.000 και 102.000 ευρώ ετησίως

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 Hart** (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.

Προσωρινά συμπεράσματα

- Η εμπειρία έχει δείξει ότι οι **“ακρότητες” των κρατικών παρεμβάσεων** του τύπου **“εντολή και έλεγχος”** οδηγούν στην αγκύλωση και την πολιτική κερδοσκοπία, ενώ η **“ελευθερία” των αγορών** στον κοινωνικό δαρβινισμό των ανισοτήτων.
- Ανάμεσα στις **“συμπληγάδες πέτρες”** του **ατελούς κράτους** και των **ατελών αγορών** είναι αναγκαίο να αναδυθεί το **πεδίο του δημοσίου και κοινωνικού συμφέροντος.**

Προσωρινά συμπεράσματα

- Στην κατεύθυνση αυτή, η **συγκρότηση** των **σφαιρικών προϋπολογισμών** κατά περιοχή, δηλαδή η κατανομή των πόρων από τον ΕΟΠΥΥ (δηλαδή το κράτος) διασφαλίζει το κριτήριο της **ισότητας**.
- Όμως, η **εισαγωγή τεχνικών ελεγχόμενου ανταγωνισμού** δια των μεθόδων αποζημίωσης, οι οποίες προτείνονται είναι αυτή η οποία εγγυάται την **αποδοτικότητα**.

Υστερόγραφο

Σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη η απεμπλοκή βασίζεται στην αγορά υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, με βάση την αποζημίωση ανάλογα με τις **ομοιογενείς διαγνωστικές** ομάδες DRG's, οι οποίες καταχωρίζονται ανά περιοχή και προσαρμόζονται ανάλογα με τις μετακινήσεις των ασθενών.

Όμως, η εξέλιξη αυτή είναι αναγκαίο να συνδυασθεί με διαρθρωτικές αλλαγές στο νοσοκομειακό τομέα.

(1) **Επιχειρησιακή αυτονομία** (self-governing).

(2) **Συγκρότηση σφαιρικών προϋπολογισμών** (global budgeting).

(3) **Υποκατάσταση** υπηρεσιών με εναλλακτικά πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας (hospital networks, open hospital, day clinic and surgery, home and hospices terminal care).

Ευχαριστίες

Κώστας Αθανασάκης (ΕΣΔΥ), Δημήτρης Ζάβρας (ΕΣΔΥ),
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...